

Tilburg University

Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie

Zwemstra, J.C.

Publication date:
2009

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Zwemstra, J. C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie: Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg.* [, Tilburg University]. Wolf Legal Publishers (WLP).

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie

**Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling
in detentie en daarop aansluitende
reguliere of forensische zorg**

J.C. Zwemstra



Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie

Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg

J.C. Zwemstra

ISBN: 978-90-5850-457-9

Wolf Legal Publishers

Postbus 31051

6503 CB Nijmegen

www.wolflegalpublishers.nl

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo besluit van 27 november 2002, Stb. 575 dient hiervoor contact te worden opgenomen met de uitgever

© 2009, ontwerp en productie, Wolf Legal Publishers

© 2009, tekst, J.C. Zwemstra

Universiteit van Tilburg

Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie

Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in
detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Tilburg op
gezag van de rector magnificus, prof. dr. Ph. Eijlander, in het openbaar te
verdedigen ten overstaan van een door het college voor promoties
aangewezen commissie in de aula van de Universiteit

op vrijdag 9 oktober 2009 om 14.15 uur

door

Jan Cees Zwemstra

geboren op 8 juli 1960 te Rotterdam

Promotor	Prof. dr. T.I. Oei
Copromotor	Dr. P.J.A. van Panhuis

*Opgedragen aan allen die mij in ontmoetingen en contacten gemaakt hebben tot
degene die ik ben, in het bijzonder mijn vrouw Nicole, mijn kinderen Max en Boris,
mijn ouders en mijn het afgelopen jaar overleden schoonouders*

Inhoudsopgave

1. INLEIDING, PROBLEEMVERKENNING EN ONDERZOEKSVRAGEN.....	13
INLEIDING	13
ACHTERGRONDEN IN MAATSCHAPPIJ EN PSYCHIATRIE	14
PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN.....	17
 2. ACHTERGRONDEN VANUIT DE LITERATUUR.....	21
2.1 DE ONTWIKKELING VAN DE HUIDIGE ALGEMENE PSYCHIATRIE.....	22
2.2 DE ONTWIKKELING VAN HET NEDERLANDSE SANCTIESTELSEL EN GEVANGENISWEZEN	26
2.3 DE ONTWIKKELING VAN DE HUIDIGE NEDERLANDSE FORENSISCHE (BEHANDEL) PSYCHIATRIE	31
2.4 DE HUIDIGE PSYCHIATRISCHE ZORG IN DETENTIE.....	38
2.5 PROBLEMATISCHE ASPECTEN VAN DE PSYCHIATRISCHE ZORG IN DETENTIE.....	42
Inleiding.....	42
Rapport van de Commissie Psychiatrische/Therapeutische Voorziening en Gevangeniswezen, 1983.....	42
Advies forensische psychiatrie en haar raakvlakken, de Nationale Raad voor de volksgezondheid, 1991	45
Rapportage werkgroep Gevangeniswezen en de GGZ, december 1996.....	48
Straf en zorg, een paar apart. Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling 2007	50
De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving,	54
Raad voor de Strafrecht toepassing en Jeugdbescherming (RSJ), 2007	54
Bespreking knelpunten naar aanleiding van de rapporten.....	55
2.6 HET CONCEPT ‘QUALITY OF LIFE’, ‘KWALITEIT VAN LEVEN’	58
 3. SCHIZOFRENIE IN DE GEVANGENIS	59
INLEIDING, ENKELE CIJFERS	60
DE PATHOLOGIE VAN DE POPULATIE NADER BESCHOUWD.....	61
DE PENITENTIAIRE SETTING.....	63
DE MOGELIJKHEDEN TOT BEHANDELING TIJDENS DETENTIE	65

BEPERKINGEN VAN DE BEHANDELING TIJDENS DETENTIE	66
MOGELIJKHEDEN VOOR BEHANDELING BUITEN DETENTIE.....	67
BESCHOUWING EN CONCLUSIES.....	68
NASCHRIFT OP BASIS VAN RECENTE INTERNATIONALE LITERATUUR.	71
Conclusies naar aanleiding van de recente internationale literatuur	73
LITERATUUR.....	75
 4. KWALITEIT VAN LEVEN IN EEN POPULATIE NEDERLANDSE	
GEDETINEERDEN MET PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN	79
 INLEIDING	80
METHODE	81
Setting, de onderzoeksgroepen en de referentiegroepen.....	81
Procedure	82
Kwaliteit van Leven.....	82
DSM-IV classificaties (As-I, II, III en V), verslavingsaspecten en	
gebruik van psychotrope medicatie	83
Sociale en demografische variabelen.....	84
Juridische en penitentiaire variabelen	84
Statistische analyse.....	84
RESULTATEN.....	85
Participanten: karakteristieken van de steekproef.....	85
Algemene Nederlandse bevolking; populatiekarakteristieken.....	90
Ambulante psychiatrische patiënten: populatiekarakteristieken.....	90
Kwaliteit van leven scores: de studiepopulatie ten opzichte van de referentiegroepen	90
Verbanden tussen kwaliteit van leven en DSM-IV classificaties,	
verslavingsproblemen en actueel gebruik van psychotrope medicatie.....	94
Verbanden tussen kwaliteit van leven en sociale en demografische variabelen	95
Relaties tussen kwaliteit van leven en juridische en penitentiaire variabelen.....	96
Meervoudige regressie analyses.....	96
DISCUSSIE.....	98
BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK	101
CONCLUSIE	101

LITERATUUR.....	103
 5. GRENSVERKEER VAN FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN TUSSEN HET JUSTITIËLE EN GGZ DOMEIN	 107
INLEIDING	108
OPZET	108
BEVINDINGEN	109
OVERKOEPELEND BEELD EN CONCLUSIES.....	113
 6. STRAFRECHTELIJK OPGELEGDE BEHANDELING OP MAAT	117
INLEIDING	118
GROEI STRAFRECHTERLIJK OPGELEGDE BEHANDELINGEN.....	119
BEPERKINGEN HUIDIGE STRAFRECHTERLIJKE BEHANDELKADERS	120
EERDER DOORGEVOERDE AANPASSINGEN WETTELIJKE KADERS VOOR BEHANDELING	121
OPLOSSINGSRICHTINGEN	122
AFRONDEND	124
 7. BEHANDELINTERVENTIES IN DETENTIE GERICHT OP VERMINDERING VAN RECIDIVE	 125
INLEIDING	126
PREVALENTIE EN DE HUIDIGE PRAKTIJK	126
JURIDISCHE GRONDSLAG VOOR ZORG EN BEHANDELING	127
RESOCIALISATIE EN REÏNTEGRATIE	128
RECIDIVE.....	129
DE VERSLAAFDE GEDETINEERDE	130
GEDETINEERDEN MET AGRESSIEREGULATIEPROBLEMEN.....	131
SEKSUELE DELINQUENTEN	132
GEDETINEERDEN MET PSYCHOTISCHE PROBLEMATIEK.....	134
CONCLUSIES OP GROND VAN DE LITERATUUR MET BETREKKING TOT BEHANDELINTERVENTIES	 135

BESCHOUWING	135
NASCHRIFT NAAR AANLEIDING VAN EEN SEARCH IN DE LITERATUUR	
VAN DE LAATSTE VIJF JAAR.....	138
Recidive en psychose	139
Seksuele delinquentie en recidive.....	140
Recidive en verslavingsproblematiek	141
Conclusies naar aanleiding van de recente literatuur	143
LITERATUUR.....	144
8. SYNTHESE EN BESCHOUWING	151
DE CONTEXT VANUIT LITERATUUR EN EERDER ONDERZOEK	151
SCHIZOFRENIE IN DETENTIE	154
KWALITEIT VAN LEVEN IN DETENTIE	156
DOORSTROMING EN SAMENHANG.....	159
STRAFRECHTERLIJKE KADERS VOOR BEHANDELING.....	160
DE FOCUS VAN BEHANDELING OP VERMINDERING VAN KLACHTEN OF OP	
RECIDIVEVERMINDERING	164
NADERE BESCHOUWING	166
STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN DIT ONDERZOEK	167
AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK.....	168
TOEKOMST EN AANBEVELINGEN	168
AFRONDING	170
SAMENVATTING	172
SUMMARY	179
LITERATUUROVERZICHT 'INLEIDING EN ACHTERGRONDEN' EN	
'SYNTHESE EN BESCHOUWING'	185

BIJLAGEN	191
AFKORTINGENLIJST	192
WHOQOL-BREF WORLD HEALTH ORGANISATION QUALITY OF LIFE- ABBREVIATED VERSION	194
VRAGENLIJST EN SCORINGSFORMULIER PENITENTIAIRE, SOCIALE JURIDISCHE EN SOMATISCHE FACTOREN VOOR HET KWALITEIT VAN LEVEN ONDERZOEK	197
GAF-SCHAAL	202
TREFWOORDENREGISTER	205
CURRICULUM VITAE AUTEUR	217
DANKWOORD	219
STELLINGEN	221

1. Inleiding, Probleemverkenning en Onderzoeksvragen

Inleiding

Psychiatrische patiënten in gevangenissen en Huizen van Bewaring het lijkt een combinatie die niet bij elkaar past. Toch bevinden zich in Nederlandse Penitentiaire Inrichtingen, zoals blijkt uit onderzoek (zie later), veel psychiatrische patiënten. Een gelijksoortig beeld doet zich voor in de meeste westerse landen. Ook historisch is er altijd (een wisselende mate van) overlap geweest op de grensvlakken van psychiatrie en Justitie. Enerzijds wil de samenleving recht doen aan de stoornissen waaraan deze patiënten lijden, anderzijds aan de sancties die hen door de strafrechter werden opgelegd. Die sancties werden opgelegd terwijl de strafrechter vaak via een Pro Justitia rapportage op de hoogte was van aanwezige psychopathologie en dit via verminderde toerekeningsvatbaarheid in het vonnis had verdisconteerd.

Al lang wordt gezocht naar mogelijkheden om recht te doen aan zowel het patiëntkarakter van de psychisch gestoorde gedetineerden als aan het sanctioneren en het voorkomen van nieuw strafwaardig gedrag. De worsteling om op doelmatige wijze recht te doen aan deze drie invalshoeken vormt de centrale thematiek van dit proefschrift.

Ik kwam begin 90^{er} jaren van de vorige eeuw als forensisch psychiater binnen het gevangeniswezen te werken. Achtergrond was mijn belangstelling voor de psychiatrische problematiek bij gedetineerden en patiënten die in aanraking kwamen met het strafrecht. Ik en andere psychiaters die voor het eerst in een penitentiaire inrichting kwamen, waren verbaasd over het zeer veelvuldig voorkomen van vaak ernstige psychiatrische stoornissen in de gevangenissen en huizen van bewaring. Ook was er verbazing over een destijds vaak al redelijk functionerend systeem voor (zeer) basale psychiatrische zorg en de parallellen met de zorg op gesloten afdelingen in de psychiatrie.

Naarmate ik langer in dit veld werkte kwamen voor mij twee thema's steeds sterker naar voren: enerzijds de toch wel redelijke mogelijkheden voor behandeling van ernstige psychiatrische patiënten in detentie, en de problematische aansluiting op zorg na detentie. Ik besloot me hierin verder te verdiepen en uiteindelijk resulteerden die inspanningen in dit proefschrift.

In de regio Den Bosch waar ik werkzaam was en ben bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), de vroegere FPD, resulteerde een actieve wetenschappelijke belangstelling van de werkzame forensisch psychiaters en psychologen in meerdere dissertaties. Bulten deed prevalentie-onderzoek in de P.I. Vught, Van Kordelaar deed onderzoek naar besluitvorming rondom starten met

gedragkundig Pro Justitia onderzoek, Canton over de uitkomsten ervan en risicotaxatie. Eerder onderzocht Van Panhuis de toename van psychotische patiënten in de TBS, en de achtergronden hiervan. Masthoff en Trompenaars promoveerden op onderzoek naar kwaliteit van leven van poliklinische psychiatrische patiënten (Van Panhuis, 1997; Bulten 1999; Van Kordelaar 2003; Canton 2004; Masthoff en Trompenaars 2006). Mijn onderzoek knoopt aan op deze eerdere inspanningen in de eigen regio.

Tot op heden zijn qua wetenschappelijk onderzoek in Nederlandse penitentiaire inrichtingen enkele prevalentie onderzoeken verricht. (Bulten, 1998; Schoenmaker en Van Zessen, 1997)

Ander Nederlands (promotie)onderzoek in de forensische psychiatrie richtte zich meer op aspecten van het Pro Justitia Rapportageproces of op ontwikkelingen en behandelprocessen in de TBS (Van Panhuis 1997, Verheugt 2007, Van Vliet, 2006 ;Philipse, 2005). Dit proefschrift richt zich op de psychiatrische zorg in het gevangeniswezen en de wisselwerking met de zorg in de algemene psychiatrie en de forensische psychiatrie.

Achtergronden in maatschappij en psychiatrie

De op psychiatrische ziekenhuizen gebaseerde psychiatrie vormde zich in het begin van de jaren 90 om tot kleinschalige regionale GGZ-instellingen met een toenemende nadruk op ambulante behandeling. Al snel was het mij duidelijk dat de problematiek van veel van de patiënten die ik in de gevangenissen tegen kwam wat betreft opvangmogelijkheden slecht aansloot bij dit soort kleinschalige voorzieningen. Deze hadden minder mogelijkheden voor begrenzing en behandeling van complexe(re) psychiatrische problematiek dan de (vroegere) grootschalige psychiatrische ziekenhuizen. Er waren in deze voorzieningen minder mogelijkheden om gedragsproblematische patiënten op maat op te vangen door ze over verschillende afdelingen te spreiden of te rouleren, en minder mogelijkheden voor langerdurende gesloten behandeling of dwangtoepassing.

Met gedragsproblematisch wordt aangeduid dat het gaat om patiënten die door hun veelal meervoudige problematiek(combinaties van een psychiatrische ziekte, verslaving, karakterstoornissen en/of verstandelijke beperking) dermate gedragsproblemen geven dat zij meermaals komen tot ernstiger vormen van grensoverschrijdend gedrag naar anderen, al dan niet ook leidend tot politionele en justitiële interventies.

Het Ministerie van VWS en de Inspectie Geestelijke Gezondheids Zorg in haar toezichtfunctie hadden als focus de juiste toepassing van de op dat moment

nieuwe(1995) Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de rechtspositie, het klachtrecht van de psychiatrische patiënten en de correcte uitvoering van de in '94 ingevoerde wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) (Lucier, 2006). Deze laatste wet was na een twintig jaar durende discussie tot stand gekomen. De best mogelijke zorg voor de ernstige, vaak psychotische, psychiatrische patiënt, de traditionele invalshoek van de artsen, leek naar de achtergrond verschoven. Dit behandeldoel werd toen nog slechts door vooral de oudere generatie psychiaters en zenuwartsen voorgestaan. Meermaals werden psychiaters die bij moeilijke patiënten met een gestagneerde behandeling vanuit behandeloverwegingen wilden 'doorpakken', door over te gaan tot vormen van dwang, bijvoorbeeld dwangmedicatie, door klachtencommissies en rechtbanken op basis van de nieuwe wetgeving teruggefloten. De credo's uit die tijd waren afbouw van bedden, regionalisering, ambulantisering, geen bevoogding, geen medisch model, emancipatie van de psychiatrische patiënt als autonoom individu, en destigmatisering. Dit was goed voor een groot deel van de populatie maar niet voor alle patiënten. Vooral niet voor de ziekste groepen, die vaak te ziek waren om als autonoom individu tot afgewogen keuzes te kunnen komen. Vaak leidde dit er toe dat de aansluiting met de reguliere GGZ niet tot stand kwam of werd verbroken. Er werd dan ook wel gesproken over 'the right to rot'(Mulder, 2005). Enige compensatie voor deze groepen vanuit de reguliere zorg was er in het opkomen van bemoeizorg en Assertive Community Treatment (ACT)(Van Veldhuizen, 2007). Deze konden het wegvallen van de traditionele meer bevoogdende psychiatrie echter niet vervangen.

De groepen die niet pasten in de nieuwe uitgangspunten en dogma's, inmiddels 'zorgwekkende zorgmijders' of 'new chronics' genoemd, liepen het reële risico op uitstoting uit de reguliere psychiatrische zorg, maar konden ook geen aansluiting vinden in de maatschappij.¹ Ze kwamen terecht in de maatschappelijke opvang, het dak- en thuislozencircuit en ook toenemend bij justitie in forensisch psychiatrische voorzieningen en in de Huizen van Bewaring en gevangenissen. Vergelijkbare discussies en ontwikkelingen speelden ook in andere westerse landen. Dit leverde daar vergelijkbare problemen op met steeds een eigen inkleuring door onderscheiden nationale wetgeving en cultuur. Maar ook in het buitenland werd een toename van psychiatrische patiënten in het justitiesysteem beschreven(Blaauw e.a., 2000).

¹ De Raad voor de maatschappelijke ontwikkeling schat de grootte van deze groep in de vrije maatschappij op 10.000 tot 12.000 daklozen met ernstige psychiatrische problemen en ongeveer 8.000 zorgwekkende zorgmijders (RMO, 2007).

Een psychiatrie met hoge idealen over destigmatisering en emancipatie van de psychiatrische patiënt had dus als keerzijde dat aanmerkelijke groepen patiënten verstoken bleven van reguliere zorg en aangewezen waren op voorzieningen van de Maatschappelijke opvang en Justitie. Deze instanties waren echter niet ingericht op zorg voor, laat staan op de behandeling van deze groepen. Wrang was dat dit tot een dubbel stigma leidde van zowel psychiatrisch patiënt als crimineel.

In de maatschappelijke opvang en de sociale pensions richtte men zich primair op de 3 B's: 'Bed, Bad en Brood'. Men had vaak weinig huisregels. Het waren formeel geen zorginstellingen waardoor ze minder dan de zorginstellingen waren gebonden aan regels. Soms ging men ook onconventioneel met regelgeving om, bijvoorbeeld door de uitkering te beheren en zo grip te krijgen op drugsmisbruik (Van Vliet, 2006).

De forensische psychiatrie in de vorm van de TBS-klinieken, FPK's (Forensisch Psychiatrische Klinieken), FPA's (Forensisch Psychiatrische Afdelingen) en Forensische Poliklinieken maakte daardoor vanaf begin jaren '90 een grote groei door. Door een toenemende roep om maatschappelijke veiligheid werd vanaf ongeveer 2000 de uitstroom uit de TBS ook steeds moeilijker, wat deze groei nog versterkte.

De niet-TBS forensisch klinische behandelvoorzieningen waren als tijdelijk bedoeld ten bate van de uiteindelijke doorstroming naar de reguliere psychiatrische zorg of zolang een justitieel zorgkader aanwezig was. Dit was veelal begrensd tot één of twee jaar, afhankelijk van de justitiële titel waarop de zorg gebaseerd was. Maar door de afbouw van de (gesloten) woonvoorzieningen van de psychiatrische ziekenhuizen kwam deze doorstroming vaak niet tot stand. Patiënten vielen dan na ontslag uit gevangenis of forensische behandelvoorzieningen vaak snel terug in ernstige psychiatrische pathologie, drugsmisbruik en vervolgens vaak met daarmee samenhangende recidiefdelicten.

Het gevangeniswezen ontwikkelde speciale zorgregimes en trok steeds meer psychologen en psychiaters aan. In 2008 waren ongeveer 120 psychologen en 50 psychiaters minstens een deel van hun tijd betrokken bij de zorg in detentie. De structuur die inherent is aan het detentieregime blijkt bepaalde groepen patiënten, vooral schizofrene patiënten en mensen met autistische problematiek, vaak goed te doen (hoofdstuk 3 en 4 van dit proefschrift). Maar er waren voorafgaand aan detentie (soms ernstige) delicten gepleegd, veelal (mede) samenhangend met de stoornis. Daarnaast was er dan het dubbele stigma van psychiatrisch patiënt en nog erger, ex-gevangene of ex-forensisch psychiatrisch patiënt. Een stigma dat ook bij het vormgeven van continuïteit van zorg na detentie een negatieve rol had: GGZ-instellingen bleken nog al eens zeer en toenemend terughoudend met overname en/of voortzetting van de in detentie gestarte behandelingen (hoofdstuk 5 van dit proefschrift).

Probleemstelling en Onderzoeksvragen

De aan dit proefschrift ten grondslag liggende probleemstelling is die van de achterliggende oorzaken van het toenemend in detentie komen en behandelen van psychiatrische patiënten, en de kwaliteit en reikwijdte van die behandelingen. Tevens de achtergronden van het onvoldoende tot stand gekomen zijn van een samenhangend systeem van aansluitende voorzieningen voor deze groepen psychiatrische patiënten.

Bovenstaande is nader uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen, die ik wilde verkennen, verhelderen en waar mogelijk beantwoorden:

Heeft de toename van het aantal psychiatrisch zieke gedetineerden zijn achtergrond in de veranderingen in de psychiatrie sinds de 70^{er} jaren, of is er sprake van een autonome penitentiair/justitiële dynamiek en oorzakelijkheid zoals meermaals door criminologen (Franken, 1990) werd verondersteld en daarmee van een oud probleem dat zich wisselend presenteert?

Hoe verhoudt zich de toename van aantallen psychiatrische patiënten met forse problematiek in het gevangeniswezen (Lamb en Weinberg, 2005;Blaauw e.a., 2000) tot de eveneens snel groeiende forensische behandelsector van de laatste 20 jaar? (Van één naar drie FPK's, van nul naar acht FPA's en vele Forensische poliklinieken en van rond 650 TBS-plaatsen naar 2000 heden.)

Is het huidige model van penitentiaire psychiatrische zorg en daarop aansluitende zorg effectief in de zin van voorkomen en vermindering van ernst van psychiatrische ziekte/stoornis en mogelijkheden voor continuïteit van zorg? Zijn er veranderingsmogelijkheden die tot winst voor de psychiatrisch zieke groepen kunnen leiden?

Hoe is de kwaliteit van leven van de patiëntengroepen in detentie in vergelijking met psychiatrische patiënten in de algemene psychiatrie? Immers bij een duidelijk mindere kwaliteit van leven is dit een krachtige bijkomende overweging om deze groepen over te brengen naar zorgvoorzieningen.

Hoe is de samenhang van de verschillende psychiatrische zorgvoorzieningen in het justitieel/forensische veld? Hoe is de samenhang van het forensische veld en de reguliere zorgvoorzieningen?

Voldoen de mogelijkheden van de strafrechtelijke kaders voor behandeling die de strafrechter in zijn vonnis kan opleggen. Hoe verhouden die zich tot de zorg in detentie en de aan detentie aansluitende fase?

Gaat het bij behandelingen in detentie om klassieke zorg in de zin van het wegnemen van lijden en symptomatologie of om interventies gericht op recidivevermindering. Hoe verhouden deze beide insteken zich tot elkaar?

Waarom hebben de bovengenoemde nieuwe voorzieningen, de extra psychiaters en psychologen in het gevangeniswezen, en alle initiatieven en rapporten(zie ook later), tot nu toe onvoldoende geleid tot een meer samenhangende zorg voor deze patiëntengroep voor, tijdens en aansluitend aan detentie?

De kern van dit proefschrift vormt een aantal deelonderzoeken dat als artikel is gepubliceerd. Het gaat om drie vooral inventariserende/beschouwende artikelen en twee artikelen als neerslag van empirische onderzoeken.

Voorafgaand aan deze artikelen zal om de problematiek in perspectief te plaatsen op basis van de literatuur in kort bestek de ontwikkeling van het Nederlandse sanctiestelsel en gevangeniswezen sinds de vroegmoderne tijd besproken worden, evenals de ontwikkeling van de huidige reguliere psychiatrie/GGZ, de ontwikkeling van de forensische psychiatrie, en de huidige zorg in detentie. Ook wordt het concept 'Kwaliteit van leven' besproken. De problematische aspecten van de huidige zorg in detentie worden besproken aan de hand van een aantal onderzoeksrapporten uit de periode 1983-2007.

Het eerste artikel gaat in op de kenmerken van schizofrene patiënten in een penitentiaire inrichting, de mogelijkheden en onmogelijkheden van de behandeling en de verschillen met de zorg in een GGZ-instelling. Dit schetst daarmee de huidige penitentiaire psychiatrische zorg en de beperkingen daarvan. Het artikel richt zich op de derde onderzoeksvraag (Schizofrenie in detentie, MGV 2003,1).

Het tweede artikel is een empirisch onderzoek naar de kwaliteit van leven in detentie met een gevalideerd onderzoeksinstrument. Hiermee wordt in gegaan op de vierde onderzoeksvraag.

De kwaliteit van leven in detentie wordt vergeleken met drie andere populaties, in de ambulante psychiatrie, de algemene bevolking en niet psychiatrisch zieke gedetineerden. Tevens wordt gekeken waar de kwaliteit van leven in detentie mee

samenhangt. Op grond hiervan worden conclusies getrokken over de mogelijkheden van zorg voor deze patiëntengroep in detentie. Ook worden er aanbevelingen gedaan voor de zorg voor deze doelgroep in de reguliere behandelsetting. Daarmee geeft dit artikel bouwstenen voor de beantwoording van de vraag of overwegingen van kwaliteit van leven aanleiding moeten zijn voor een andere vormgeving van de psychiatrische zorg in detentie.

Het derde artikel vormt de neerslag van onderzoek naar de uit- en doorstroom vanuit verschillende soorten zich forensisch noemende behandelvoorzieningen, zowel binnen als buiten detentie. Het gaat daarmee in op de vraag naar de samenhang van voorzieningen en de benodigde continuïteit voor de doelgroep, de vijfde hierboven geformuleerde onderzoeksvraag (Sancties 2004, 6).

Het vierde artikel bespreekt de mogelijkheden en lacunes van de kaders die de strafrechter ten dienste staan om een behandeling op te leggen. Op grond daarvan worden aanbevelingen gedaan voor wetswijzigingen om deze kaders doelmatiger te maken voor de doelgroep, door meer gedifferentieerd oplopende mogelijkheden voor dwangtoepassing. Deze zijn erop gericht om voldoende tijdig, op zo min mogelijk intrusieve wijze en zolang als dat nodig is de noodzakelijke dwang en drang in de behandeling te kunnen toepassen. Het gaat daarmee dus in op de zesde boven geformuleerde onderzoeksvraag naar het afdoende zijn van de kaders voor behandeling die de strafrechter kan opleggen (Sancties 2006, 1).

Het vijfde artikel gaat in op het spanningsveld bij behandeling in detentie tussen enerzijds interventies gericht op zorg met als doel symptoomvermindering en vermindering van lijdensdruk, en anderzijds interventies gericht op recidivevermindering. Dit mondt uit in een aantal aanbevelingen met betrekking tot de eisen aan en regie over interventies gericht op recidivevermindering in het gevangeniswezen.¹ Het gaat daarmee in op de zevende hierboven geformuleerde vraag en op de afbakening tussen de penitentiaire psychiatrie en de forensische (behandel)psychiatrie (MGV 2001, 4).

¹ Recent is het gevangeniswezen samen met de reclassering in de P.I.'s begonnen met het programma TR, Terugdringen Recidive. Dit gaat echter meer om training, scholing en begeleiding dan om behandeling.

In de artikelen zijn enkele redactionele wijzigingen aangebracht in vergelijking met de tijdschriftversie. Hoewel het eerste en vijfde artikel al weer van enkele jaren geleden dateren zijn de geformuleerde discussie en conclusies nog altijd actueel. Het onderzoek naar kwaliteit van leven is in het Nederlands vertaald.

Naar aanleiding van de literatuur zal in de synthese en beschouwing op de eerste twee onderzoeksvragen worden in gegaan.

Dit proefschrift wordt afgerond met een discussie naar aanleiding van de besproken literatuur en de gevonden resultaten in de deelonderzoeken. Er zal worden ingegaan op de laatste geformuleerde vraag naar de geringe winst voor de doelgroep ondanks de vele initiatieven en de grotere inzet van mensen en middelen.

Ten slotte zullen aanbevelingen gedaan worden om de zorg voor deze groepen enerzijds kwetsbare en anderzijds vaak lastige en recidivegevoelige forensische psychiatrische patiënten te verbeteren.

2. *Achtergronden vanuit de literatuur*

- *De Ontwikkeling van het Nederlandse sanctiestelsel en gevangeniswezen*
- *De ontwikkeling van de huidige algemene psychiatrie*
- *De Ontwikkeling van de huidige Nederlandse forensische (behandel)psychiatrie*
- *De huidige psychiatrische zorg in detentie*
- *Problematische aspecten van de psychiatrische zorg in detentie*
- *Het concept 'Quality of life', 'kwaliteit van leven'*

2.1 *De ontwikkeling van de huidige algemene psychiatrie*

De algemene psychiatrie zoals wij die nu kennen is begonnen met de dolhuizen uit de veertiende-veertiende eeuw. Vroege voorbeelden daarvan zijn er in de Zuidelijke Nederlanden, Noord Frankrijk en Londen. In 1445 startte in de eigen regio Den Bosch het eerste Nederlandse gasthuis voor “zij die zinneloos zijn en hun zinnen niet meer meester zijn en wel in die mate dat men ze moet spannen, binden ende sluyten” (Kappelhof, 1992).

Lange tijd betrekkelijk kleinschalige voorzieningen vooral gericht op de eigen stadsregio. Ze werden enerzijds bekostigd uit schenkingen en legaten, anderzijds uit door familie opgebrachte verpleeggelden/prestaties (bijvoorbeeld een bepaalde hoeveelheid rogge voor de instelling). Vaak waren er een aantal gratis plaatsen voor armlastigen.

De rol van medici/psychiaters is tot eind achttiende eeuw vrijwel non-existent in deze voorzieningen. Oorzaken van ziekte worden gezocht in bezetenheid van duivels, de verkeerde samenstelling van de vier humoren, maar ook in klimaat, levenswijze en indrukmakende gebeurtenissen. Algemeen waren opvattingen die waanzin verbond met duistere krachten en duivelse bezetenheid. Meer dan een custodiale functie (opsluiten) en verzorgingsfunctie hadden deze eerste voorzieningen niet.

Naast gasthuizen op bovengeschetste ideëel/charitatieve basis waren er ook meer commerciële particuliere initiatieven met vaak veel elementen van verwaarlozing.

Met het verlichtingsoptimisme van de tweede helft van de achttiende eeuw kwamen ook ideeën op om de situatie/gezondheidstoestand van de zinnelozen te verbeteren. Er ontwikkelden zich ideeën voor therapeutische doelstellingen voor de gasthuizen, dolhuizen en asielen. Daarmee deden de medici, vanaf de 19^e eeuw psychiaters geheten, hun intrede in de zorg voor de dollen en zinnelozen. Dit werd versterkt doordat er een consequentere scheiding plaats vond tussen misdadigers, zwervers en krankzinnigen. Namen die aan die vroege fase verbonden zijn, zijn die van Batty (1758) in Engeland, Chiarussi (1785) in Italië en Pinel (1793) in Frankrijk. In Nederland enige tijd later Schroeder van der Kolk. In boeken schreven zij over het gebruik van het gedwongen verblijf in het asiel op een helende manier en over het asiel als een gemeenschap van dokters en patiënten. Bij de verdere uitwerking van het therapeutische vehikel wisselden de onderliggende ideeën elkaar daarbij in de loop van de tijd af: ‘de afsluiting in het asiel van de ongezonde passies van de oorspronkelijke familie’; ideeën van orde, rust en reinheid; ideeën voor activering; ‘moral treatment’ in de zin van een actieve gerichtheid op God en Bijbel; en vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw de

relatie van dokter en patiënt (waaruit zich de psychotherapie van de twintigste eeuw zou ontwikkelen).

Eenzijds waren er zowel in Nederland als elders in de westerse wereld de bovenbeschreven asiels, die vanaf de tweede helft van de achttiende eeuw samenhangend met staatsvorming en de industriële revolutie sterk in omvang toenamen. De opgenomen patiëntenpopulatie werd gekenmerkt door de klassieke grote psychiatrische beelden. In termen van nu: de psychotische stoornissen, de manisch-depressieve stoornissen en de gedragsstoornissen op basis van hersenbeschadigingen (vooral ten gevolge van alcoholmisbruik) en tot het begin van de twintigste eeuw de hersencomplicaties van syfilis.

Daarnaast waren er vanaf de negentiende eeuw voor de (kleine) bovenlaag particuliere instituten die soms ernstige beelden opnamen, maar vooral gericht waren op de mildere psychische ongemakken en klachtenpatronen. In de negentiende eeuw benoemd als neurasthenie en psychasthenie. De patiënten met deze klachten werden behandeld met een veelheid aan kuren, zoals de uitgebreide hydrokuren en andersoortige behandelvormen in vaak luxe kuuroorden en privépraktijken. Weer later (eind negentiende, begin twintigste eeuw) werden deze beelden behandeld door de vroege, veelal psychoanalytisch georiënteerde, psychotherapeuten (onder wie Frederik van Eeden en Professor Jelgersma).

In eerste instantie werkte de psychiater in de asiels met de klassieke psychiatrische patiënten en werd de tweede groep meer bediend door internisten en neurologen. Pas met Freud en de opkomst van de psycho-analyse in de periode 1900-1970 werden ook de mildere psychische klachtenpatronen (dan benoemd als angstneurosen, fobieën, neurotische depressies en neurosen) het domein van de psychiatrie. Dit kwam mede door de grote toeloop op de asiels en het geringe genezingspercentage waardoor deze instellingen steeds meer deprimerende, uitzichtloze patiëntenpakhuizen werden. Dit ondanks de Krankzinnigenwetten van 1841 en 1884 in Nederland en vergelijkbare wetgeving elders, die duidelijke (minimum)eisen gingen stellen aan dit soort instituten waarmee ook het belang van de krankzinnige een plek kreeg.

Toenemend wordt de geneeskunde en daarmee ook de psychiatrie in de tweede helft van de negentiende eeuw op een beginnende natuurwetenschappelijke leest geschoeid. Dit mondde rond 1900 in Duitsland uit in de Nosologische Classificatie van Kraepelin met zijn duidelijke onderscheid tussen stemmingsstoornissen en de dementia praecox (huidige schizofrenie). Deze Kraepeliaanse nosologie vormt nog steeds de basis voor de huidige classificatiesystemen van psychiatrische ziekten, het Amerikaanse DSM-classificatiesysteem en het ICD (International Classification of Disease) van de WHO.

Feitelijk moest de psychiatrie het tot ver in de twintigste eeuw voor de behandeling van de grote beelden hebben van spontaan herstel, specifieke therapeutische factoren als aandacht en betrokkenheid van de behandelaars, sederende medicatie zoals opiaten, en van dwangmiddelen.

De eerder genoemde ‘moral treatment’, activerende therapieën et cetera gaven steeds na een veelbelovende start toch niet de beoogde resultaten.

Begin van de twintigste eeuw wordt Syfilis behandelbaar met Salversan, een arsenicumpreparaat, en daarmee ook Neurosyfilis. Niet alleen betekende deze behandeling genezing van een substantiële subgroep patiënten in de instituten, maar ook was dit een model voor nieuwe therapeutische interventies.

Rond 1930 komt de shocktherapie (kunstmatig opgewekte epileptische convulsies). Eerst met behulp van Cardiazol, vervolgens met behulp van geïnduceerde malariakoorts, weer later door insulinetoediening en tenslotte, veel veiliger, door elektrische stroomstootjes op de hersenen als elektroshock. Voor het eerst is er hiermee voor een substantiële groep patiënten een echt effectieve behandeling van psychotische en manisch-depressieve stoornissen.

In de 50^{er} jaren start een revolutie in de inrichtingen met de komst van de moderne psychofarmaca. Eerst wordt het eerste antipsychoticum (Largactil) geïntroduceerd(1951), vervolgens blijkt Lithium effectief voor manische-depressiviteit (stemmingsstabilisator en antidepressivum) en in 1958 Imipramine als eerste echt antidepressivum. Eerder waren er al de barbituraten effectief gebleken bij epilepsie en in de 60^{er} jaren komen de benzodiazepinen als relatief veilige middelen tegen angst. Eind 80^{er} jaren komen de tweede generatie antidepressiva/anxiolytica de SSRI's als Prozac.

De tendens is dat een breder spectrum aan klachten met minder bijwerkingen met psychofarmaca duidelijk kan worden verminderd (Shorter, 1998).

Hierdoor veranderen ook de traditionele psychiatrische inrichtingen van uitzichtloze gesloten opbergvoorzieningen van patiënten, in voorzieningen met een betrekkelijk open karakter en een veelheid aan andere behandel disciplines naast de psychiaters.

De opkomende psycho-analyse en later andere psychotherapeutische methoden blijken echter nauwelijks effect te hebben bij de grote klassieke psychiatrische beelden in de psychiatrische inrichtingen.

In de 70^{er} jaren komt het onder invloed van denker als Goffman, Laing, Szasz, Foucault en in Nederland Trimbos en Foudraine tot een roep om volledige uitbanning van de traditionele psychiatrische asiels. Dit gaat gepaard met een oproep het ziekteconcept volledig los te laten, evenals de sociaal regulerende functie van de psychiatrie. Een beweging die bekend is onder de naam ‘Anti Psychiatrie’ (Szasz, 1961, Foucault, 1975).

In Nederland maar ook elders vertaalt zich dit in sterke afbouw van de custodiale (gesloten en begrenzend) functie van de psychiatrie, en in de vorming van meer regionaal gespreide kleinschalige GGZ-voorzieningen ¹. Daarnaast komt er een veel meer nadruk op ambulante behandelvormen. Er komt nieuwe wetgeving rondom gedwongen opname en gedwongen behandeling, met sterke nadruk op de autonomie van de individuele patiënt en diens rechtspositie (BOPZ, WGBO).

Vanaf de 80^{er} jaren worden hiervan ook de schaduwzijden toenemend duidelijk: een forse groep gedragsproblematische, meervoudig psychiatrisch zieke patiënten vindt geen aansluiting bij de nieuwe GGZ. Ze geven overlast, komen tot zwerfgedrag en/of delictgedrag en komen daardoor toenemend in het justitiële systeem (Van Panhuis, 1997). Voor zover niet in contact met het zorgsysteem wordt er geschreven over een groep van ‘verkommerden en verloederden’. Ook buiten Nederland worden vergelijkbare ontwikkelingen beschreven (Blaauw e.a., 2000).

Mede onder invloed van wetgeving en tijdgeest ontwikkelt de algemene psychiatrie zich tot instellingen die vooral gericht zijn op het behandelen van gerichte hulpvragen van de patiënten. De instellingen zijn daarbij terughoudend met bevoogding en dwang (in vergelijking met eerdere episoden). Patiënten die onvermogen zijn om een consistente hulpvraag te formuleren vallen echter toenemend uit het systeem. Daardoor ontstaat er een parallel en sterk groeiend justitieel psychiatrisch systeem. Dit uit zich in een duidelijke groei van het aantal psychiaters en psychologen in de gevangenissen, een toename van FPK's en forensische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, een verdrievoudigde TBS-capaciteit in de periode 1985-2010 tot ruim 2000 plaatsen (met een toenemend percentage klassieke psychiatrische patiënten), en een landelijk netwerk van forensische poliklinieken

¹ Veelal en door fusies toenemend werkend onder de bestuurlijke paraplu van een groot GGZ-conglomeraat.

2.2 *De Ontwikkeling van het Nederlandse sanctiestelsel en gevangeniswezen*

Het huidige Nederlandse gevangeniswezen ontwikkelde zich vanaf de Napoleontische tijd als een product van de Verlichting en de Franse Revolutie. Die maakten een einde aan een sanctiecultuur die gekenmerkt werd door willekeur, het ontbreken van gelijkheid voor de wet, lijfstraffen en een ad hoc karakter als centrale elementen. Dit premoderne stelsel had zijn wortels nog in de oudheid en de kerkelijke waarden (Franke, 1990).¹ Opsluiting in tuchthuizen was vaak een privé-onderneming, geleid door een echtpaar (vader en moeder). Vanaf 1600 werd het gebruikelijk om verdachten voorafgaand aan het proces in te sluiten (een Huis van Bewaring functie).

In 1811 werd de Code Pénal ingevoerd in Nederland, afgeleid van de Franse code pénal van 1791, die tot ver in de negentiende eeuw (1886) ongewijzigd in Nederland van kracht bleef. Gemodificeerd vormt dit nog steeds de basis van ons strafrecht. Hiermee werden de onderliggende principes van het strafrecht en de ten uitvoerlegging van straffen: legaliteit (de wettelijke normering van de strafrechtspleging), proportionaliteit (tussen schuld en sanctie), gelijkheid voor de wet, transparantie (inzichtelijkheid voor de burger), een rechtspositie voor de aangeklaagde (het recht op een advocaat en het principe van onschuld tot het tegendeel bewezen is) en humaniteit (het achterwege laten van wrede straffen). Ook de trias politica² wordt nadrukkelijk in wetgeving vastgelegd en daarmee de onafhankelijkheid van de rechter.

Dit leidde in de jaren 1800-1850 tot het definitief verdwijnen van het schavotstelsel, waarbij het lichaam van de misdadiger het strafobject was in de zin van pijnigen, ten toon stellen, geselen, verminken en doden. In 1854 werden lijfstraffen definitief afgeschaft, in 1870 werd ook de doodstraf in het strafrecht afgeschaft.

In dit nieuwe rationele strafstelsel kwam de detentie als hoofdstraf centraal te staan. Bijkomend voordeel van de gevangenisstraf als hoofdsanctie was dat hierdoor op een eenvoudige manier recht gedaan kon worden aan het principe van de proportionaliteit.

In de negentiende eeuw werden ook voor het eerst gevangenissen gebouwd, specifiek voor die doelstelling. Daarvóór werden de kelders van poorthuizen, lege kloosters, kelders van stadskastelen en andere betrekkelijk willekeurige gebouwen gebruikt.

¹ Premodern als historische afbakening, dus voor de periode 1750-1800.

² Trias politica is het principe van de scheiding van wetgevende, uitvoerende en rechtsprekende macht.

Gedurende de negentiende eeuw en later weer in de tweede helft van de twintigste eeuw kwamen er vragen op over de legitimatie van de detentie en de straf. Er werd geconstateerd, net als nu, dat detentie ook leek te functioneren als maatschappelijke vuilnisbak en er werd gewezen op het gevaar van criminele besmetting en op het feit dat detentie slecht was voor het psychosociale functioneren van de gedetineerden (Franke, 1990).

Onder invloed van deze discussies en argumentaties waren er vooral in het midden van de negentiende eeuw en in de tweede helft van de twintigste eeuw abolitionistische bewegingen, die pleitten voor het afschaffen van het strafrecht en het detentiesysteem. In de negentiende eeuw was dit vooral religieus geïnspireerd, in de twintigste eeuw werden deze discussies onder ander gevoed door Foucault en de Neomarxisten. Deze zetten vraagtekens bij de disciplineringsystemen (zoals het strafrecht) om de massa in het gareel te houden ten behoeve van de heersende en bezittende klasse (Foucault, 1975).

Uiteindelijk zetten deze abolitionistische overwegingen nooit door, waarbij het doorslaggevende argument waarschijnlijk was dat zachte(re) interventies niet kunnen bestaan zonder het uiterste middel van de detentie. Wel vertaalde het zich in een vrijwel permanente discussie over de doelstelling van het strafrecht en de detentie. Enerzijds werd en wordt een repressieve/vergeldingsfunctie onderscheiden, anderzijds een verbeterings/resocialisatiegedachte die in verschillende tijdvakken een verschillend karakter heeft gekregen. Deze twee doelstellingen kregen in de afgelopen twee eeuwen in wisselende mate de nadruk. In de tweede helft van de negentiende eeuw kreeg de verbetergedachte vooral een morele invulling, in de zin van het komen tot inkeer onder invloed van eenzame opsluiting en religieuze stichting. Een voorbeeld hiervan is de Quakersbeweging die door eenzame insluiting het 'innerlijke licht' wilde aanboren en dit combineerde met vrijwilligersbezoek. In andere opvattingen ging het voornamelijk om disciplineren (het utilitarisme van Bentham).

Na de Tweede Wereld oorlog lag er onder invloed van het opgekomen denken in sociale structuren een sterke nadruk op resocialisatie van de kansarme gedetineerden. Er kwamen maatschappelijk werkers om hen te ondersteunen in en na detentie. In het huidige tijdgewricht ligt de invulling van deze verbetergedachte meer op vaardigheidstraining en behandeling van psychopathologie en verslavingsaspecten. Dit veelal aansluitend aan of in plaats van detentie als deel van het rechterlijke vonnis. De detentie zelf heeft daarmee dus weer hoofdzakelijk een repressieve functie.

In Nederland werd in 1851 gekozen voor het cellulaire stelsel (eenzame opsluiting) van detentie, eerst voor maximaal zes maanden, later voor maximaal vijf jaar. De argumenten hiervoor waren destijds afschrikking (algemene preventie), inzicht/inkeer

(zie boven) en het voorkomen van criminele besmetting. Ondanks dat er op dit beginsel in de loop van de volgende eeuw steeds meer uitzonderingen werden gemaakt, bleef dit het basisprincipe, tot de Beginselenwet gevangeniswezen van 1953. Op dit moment werkt dit nog door in het feit dat tot voor kort vrijwel alle gedetineerden hun eigen cel hadden. Ook gebouwelijk heeft dit sterk doorgewerkt doordat er in de tweede helft van de 19^{de} eeuw veel penitentiaire inrichtingen werden gebouwd (bijvoorbeeld de drie koepelgevangenissen).

Als nadeel van het cellulaire stelsel van eenzame opsluiting kwam zowel in Nederland als daarbuiten al snel naar voren dat het vaak leidde tot krankzinnigheid (de ‘Haftpsychose’) en suïcides. Dit leidde er toe dat hoewel het stelsel gehandhaafd bleef er toenemend uitzonderingen gemaakt werden op het principe en er via de krankzinnigenwet van 1886 uitplaatsingsmogelijkheden werden gecreëerd. In 1905 werd bijvoorbeeld onder invloed van de Kinderwetten van Van Houten een eigen sanctiestelsel voor jeugdigen ingevoerd, waardoor het eenzame cellulair insluiten van jeugdigen stopte.

In 1925 werd dit voor de categorie karakterologisch gestoorde gedetineerden veranderd door de invoering van de Psychopathenwetten, de basis voor het huidige TBS-systeem.

In het huidige detentiesysteem gebeurt eenzame opsluiting alleen nog vanuit beheers- en veiligheidsoverwegingen en is daarmee een uitzondering geworden.

Rond 1860 kwam in Ierland en Australië een nieuwe gevangenisstructuur op: het progressieve stelsel. Dit werd gekenmerkt door een beloningssysteem in de vorm van een puntenstelsel bij goed werk en dito gedrag, wat kon leiden tot meer bewegingsvrijheid en straffkorting. Het systeem stimuleerde dus sociaal gedrag anders dan op inkeer gerichte systemen, zoals het cellulaire systeem. In Nederland was echter na een lange discussie de principiële keuze voor een cellulair systeem gemaakt en werden slechts elementen van het progressieve systeem ingevoerd. Dit is bijvoorbeeld nu nog terug te zien in de detentiefasering, waarbij gedetineerden bij goed gedrag het laatste half jaar van hun detentie in (half)open inrichtingen kunnen doorbrengen. Ook het experimentele detentieconcept in Lelystad is mede op deze principes geënt.

Pas in 1953 werd met de invoering van de Beginselenwet Gevangeniswezen het gemeenschapsregime uitgangspunt. Dit was mede een reactie op de detinering in de Tweede Wereldoorlog door de bezetter van veel bestuurders en politici, die de afstompende effecten van detentie en insluiting aan den lijve hadden ondervonden.

Onderliggend was er een mensvisie als sociaal wezen en men verwachtte niet zozeer criminele besmetting als wel een optrekken van gedetineerden aan positief ingestelde lotgenoten en sociaal werkers (Franke, 1990).

Het idee was training in maatschappelijk gedrag om bij terugkeer in de maatschappij geestelijk en materieel beter toegerust te zijn om zich te handhaven in de maatschappij zonder te hervallen in criminaliteit. Er kwam daarom een differentiatie van afdelingen en er kwam een sterke nadruk op resocialisatie. De gedetineerden konden vanaf nu kennis nemen van kranten, boeken, radio en televisie. Er kwamen daarom versoepelde bezoekenregelingen en ook gezamenlijke filmvoorstellingen.

Deze nieuwe detentiefilosofie bleek in de 70^{er} en 80^{er} jaren niet te leiden tot lagere geregistreerde misdaadcijfers, in tegendeel: zelfs veel hogere misdaadcijfers in alle delictcategorieën. Hierdoor werd de repressieve doelstelling van het strafrecht en het gevangeniswezen weer zwaarder aangezet en de resocialisatiedoelstelling minder benadrukt (Beleidsplan samenleving en criminaliteit, 1985). Ook volgde een forse uitbreiding- en nieuwbouwprogramma voor detentiecapaciteit en in 2003 het loslaten van het principe van één cel per gedetineerde. Wel bleef de humane tenuitvoerlegging van de detentie een belangrijke doelstelling.

In de 70^{er} en 80^{er} jaren verandert de populatie in de inrichtingen. Er is een toename van niet autochtone Nederlanders (tot boven 50%), een toename van de prevalentie van verslavingsproblematiek tot rond 40% van de gedetineerden en een toename van psychiatrische problematiek.

De verbetergedachte in het strafrecht krijgt in de huidige tijd meer vorm buiten de P.I. Dit krijgt in de vorm van alternatieve sancties, bijvoorbeeld leerstraffen, opgelegde behandelingen in voorwaardelijke strafrechterlijke kaders en strafrechterlijk opgelegde behandelmaatregelen als de TBS met verpleging.

Een andere dimensie van de detentie die zeer sterk veranderde in de loop van de tijd vormen de materiële- en gezondheidsomstandigheden. In 1847 stierf 18% van de gedetineerden in het gevangeniswezen (de piek) en gedurende de verdere negentiende eeuw waren sterftcijfers van 3% tot 6% gangbaar. Ook in relatie tot hogere sterftcijfers in de algemene bevolking in de negentiende eeuw waren dit duidelijk sterk verhoogde cijfers. Tegenwoordig is sterfte een uitzondering door adequate voeding, adequaat sanitair en adequate medische voorzieningen. Midden negentiende eeuw was de kans op overleving van een langer durende detentie feitelijk slechts beperkt (Franke, 1990).

In datzelfde jaar, 1847, was er een piek in het aantal gedetineerden per 100.000 inwoners van 349. Vervolgens zette een geleidelijke, maar gestage daling in tot 36 per 100.000 in 1975, een niveau waarmee Nederland uniek was in de wereld. De tendens in deze periode was om gevangenisstraffen te zien als ultimum remedium en sluitstuk van het strafrecht. Achtergrond van deze daling waren veel kortere netto straffen door het veel meer gebruik maken van voorwaardelijke vonnissen, de vervroegde in vrijheidstelling bij $\frac{2}{3}$ van de straftijd en de opkomst van alternatieve sancties. Symbolisch is dat waar tot WO II de definitie voor lang gestraft vijf jaar was, dit in de huidige regelingen langer dan zes maanden is (Franke, 1990). Na 1975 volgde echter mede onder invloed van zorgen over een sterk toenemende criminaliteit weer een reactie zodat het aantal gedetineerden per 100.000 inwoners met 117 per 100.000 voor Europese begrippen weer bovengemiddeld is, hoewel Engeland en de Oost-Europese landen duidelijk hogere cijfers kennen. (DJI jaarverslag 2007, www.prison.org)

Om de huidige populatie te typeren op basis van de cijfers van 2007 (1-7-07) komen de volgende kerngetallen naar voren. De totale populatie inclusief TBS was 19.135, waarvan 2.535 jeugd en 1.600 plaatsen ten bate van de vreemdelingenbewaring en de uitzetcentra. Van de populatie was 33% preventief gehecht, 46% had een gevangenisstraf en 11% verbleef in vreemdelingenbewaring. Slechts 9% van de populatie was vrouw. Wat leeftijden betreft was 88% in de leeftijdscategorie 18 tot en met 49 jaar, met de grootste piek in de groep 20 tot 39 jaar (totaal 67%) (DJI jaarverslag 2007, www.prison.org).

2.3 De Ontwikkeling van de huidige Nederlandse forensische (behandel)psychiatrie

De forensische psychiatrie is dat deel van de psychiatrie dat in directe wisselwerking staat met justitie en de rechtspleging en uiteen valt in drie deelvelden.

Allereerst de gerechtelijke psychiatrie die zich richt op voorlichting aan de rechtsprekende autoriteiten. Hiervan zijn al voorbeelden beschreven in de Griekse en Romeinse oudheid, bij de oude Germanen, in onze Middeleeuwen en in de vroegmoderne tijd (Koenraadt, 1999). De Germaanse rechtsspraak bijvoorbeeld hanteerde krankzinnigheid als strafuitsluitingsgrond, maar hield wel de naaste familie verantwoordelijk voor de daden van het krankzinnige familielid. Deze rechtspraktijk was in de vijftiende eeuw nog steeds een motivatie voor familie om familieleden sterk te begrenzen en eventueel op te laten sluiten in daarvoor bestemde voorzieningen als de in het vorige hoofdstuk genoemde zinnelozenhuisen. In die zin is de forensische psychiatrie lange tijd een natuurlijk deel van de algemene psychiatrie geweest en er onlosmakelijk mee verbonden.

Anno 2009 is de gerechtelijke psychiatrie van een grote omvang met ongeveer 8500 onafhankelijke rapportages voor de rechterlijke macht ten bate van de definitieve afdoening van zaken, 4000-5000 adviezen op deelaspecten en geschat nog ongeveer 1500 adviezen vanuit de klinieken over het al of niet verlengen van opgelegde TBS- en PIJ- maatregelen (FRIS 2007). Ik zal in dit proefschrift verder niet ingaan op dit deelveld van de forensische psychiatrie.

Een tweede onderdeel van de forensische psychiatrie is die van de behandeling van gedetineerden in de gevangenissen en huizen van bewaring. Het gaat daarbij primair om behandeling in de zin van vermindering van klachten en symptomen. Hierop zal in een apart hoofdstuk worden ingegaan.

Het derde deel is de forensische (behandel)psychiatrie buiten de Penitentiaire Inrichtingen (P.I.'s), die primair gericht is op wat tegenwoordig benoemd wordt als vermindering van recidiverisico's. Eerder werd dit achtereenvolgens benoemd als zedelijke verbetering, heropvoeding en resocialisatie van de dader.

Al in de zestiende eeuw wordt in ons land door Coornhert in zijn 'Boeventucht ofte middelen ter mindering der schadelijke lediggangers (1587)' beargumenteerd dat aan veel misdaden maatschappelijke oorzaken ten grondslag liggen en dat straf zich daarop zou moeten richten en niet slechts op vergelding. Vanuit deze opvatting ontstaan Spin- en Rasphuizen in onze streken, waar middels een regime van strikte dagroosters, permanent toezicht, constante vermaningen, stichtelijke lezingen en vooral ook gezamenlijke arbeid getracht wordt te komen tot heropvoeding. Engeland

(Correctional Houses) en Duitsland (Zuchthäuser) kennen vergelijkbare voorzieningen. De praktijk was echter vaak minder mooi dan de theorie, met slechte voeding en behuizing, te zware arbeidsverplichtingen, misbruik van scheve machtsverhoudingen et cetera.

In de onmogelijkheid tot verbetering van de krankzinnige misdadiger wordt overigens een bij die humanistische tijdgeest passende strafuitsluitingsgrond gevonden (Antonius Mattheus 1644). Het waren immers geen bruikbare krachten in de rasphuizen. De Nederlandse psychiater Jan Wier bepleitte in de zestiende eeuw al medische behandeling van de vrouwen die veroordeeld werden in de heksenprocessen.

Met enerzijds de scheiding van psychiatrische patiënten van andere zieken en ‘onmaatschappelijken’ en anderzijds de opkomst van natuurwetenschappen op meer empirische basis in de zeventiende/achttiende eeuw worden de oorzaken van psychische ziekten geleidelijk gelegd bij hersenen en zenuwcel. Daarmee krijgen vanaf het laatste kwart van de achttiende eeuw medici een rol in de bejegening en behandeling.

Vanuit de laat achttiende-eeuwse ideeën met betrekking tot de mens als rationeel en vrij individu en de misdadiger als een mens die verkeerde maatschappelijke keuzes had gemaakt maar die weer op het rechte pad te brengen is, ontstonden filantropische genootschappen als ‘de Maatschappij tot nut van het algemeen’ (1784).

In 1818 richt deze maatschappij de veenkoloniën op waar ‘bedelaars en onmaatschappelijken door nuttigen arbeid kunnen worden opgewerkt tot zelfstandige arbeiders’.

In 1823 wordt het ‘Nederlands genootschap tot zedelijke verbetering van gevangenen’ opgericht, de voorloper van de huidige reclassering. Zij ontving ook destijds al van de overheid financiële middelen voor haar inspanningen.

In de negentiende eeuw konden psychiatrische patiënten, onder wie delictplegende patiënten, via het Burgerlijk Wetboek (code civil) gedwongen worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. In eerste instantie alleen degenen die permanent krankzinnig waren, maar al snel werd dit uitgebreid tot ook degenen die dat niet permanent waren. In de Krankzinnigenwet van 1841 werd voor het eerst wettelijk vastgelegd dat aan een opname een rapportage van een psychiater ten grondslag moest liggen. Met de Krankzinnigenwet van 1886 kon ook de strafrechter volledig ontoerekenbare delictplegers voor een jaar plaatsen in een krankzinnigengesticht. De strafrechter kon deze maatregel echter niet verlengen, dat bleef aan de civiele rechter,

en het beëindigen was aan de geneesheer-directeur. In dezelfde wet werd voor de civiele plaatsingen vastgelegd dat het gaat om een combinatie van bestwil- en gevaarsaspecten. Dit betekent dat de forensische behandelpsychiatrie in de negentiende en vroeg in de twintigste eeuw deel was van de algemene psychiatrie, wel met dat voorbehoud dat dit alleen gold voor justitiabelen die door de strafrechter als volledig ontoerekeningsvatbaar werden beoordeeld (in de praktijk zwakzinnigen, psycho-organische beelden en ernstig psychotische patiënten). Justitiabelen die niet volledig ontoerekeningsvatbaar waren, dus degene met (iets) minder erge stoornissen werden gedetineerd zonder enige vorm van psychiatrische zorg. Wel kreeg met de wet van 1886 de inspectie een toezichttaak op psychiatrische problematiek in het gevangeniswezen. Op jaarbasis stroomden zo ongeveer 50 gedetineerden vanuit de Penitentiare Inrichtingen naar de krankzinnigengestichten. Overigens was het ziekenhuisgehalte van de psychiatrische gestichten in de negentiende eeuw naar huidige maatstaven nog niet indrukwekkend (zie later), al verbleven er in bijvoorbeeld 1826 wel 5591 patiënten op een bevolking van ongeveer 3.000.000 mensen (Lucieer, 2006)

De in de tweede helft van de negentiende eeuw geïntroduceerde cellulaire opsluiting in de gevangenschappen ging ook uit van de ‘verbeter’-gedachte, in de zin van het voorkomen van criminele besmetting, het komen tot inkeer en het ‘voorbereiden tot hunner wederintrede in het maatschappelijk leven’.

Al snel bleek dat er weinig effect was op de recidivecijfers, en dat deze eenzame opsluiting wel ‘leidde tot een toename van het aantal psychotische decompensaties in de Penitentiare Inrichtingen en het aantal suïcides’ (Franke 1990).¹ Desondanks werd dit systeem langdurig doorgezet. Wel werden onder invloed van inspectiebezoeken na de invoering van de tweede Krankzinnigenwet van 1886 meer psychiatrisch gestoorde gedetineerden overgeplaatst naar de krankzinnigengestichten. Onder andere dus de ‘haftpsychosen’ ten gevolge van de cellulaire opsluiting, gedefinieerd als een door de eenzame detentie geïnduceerde psychose. Eind negentiende eeuw wordt ook voor het eerst (in het Huis van Bewaring Den Bosch) een speciale afdeling opgericht voor opvang van gedetineerden met psychiatrische problematiek.

De forensische psychiatrie als eigenstandige wetenschappelijke discipline begint met Lombroso, die in zijn *l’Uomo delinquente* uit 1876 systematisch onderzoek gaat doen

¹ De psychosen en suïcides werden door de tijdgenoten geweten aan het veelvuldig onaneren van de gedetineerden wat zou leiden tot degeneratie en hersenverweking (Franke, 1990).

naar de criminele mens (Fijnaut, 2003). Hij richt zich op individuele psychopathologische oorzaken, persoonlijke eigenschappen en ziekelijke stoornissen van de justitiabelen. Dit in tegenstelling tot de zich op dat moment ook ontwikkelende criminele antropologie die haar onderzoek richt op het sociale milieu en sociale oorzaken van de criminaliteit. De frenologie, waarvoor Lombroso later veelvuldig werd geridiculiseerd, is slechts één aspect van zijn gedachtegoed.

Met de afschaffing in Nederland van de doodstraf (1870) en de levenslange straf (1886) vervallen de ultieme garanties tegen recidive en ontstond de wens voor andersoortige garanties.

Voorwaardelijke invrijheidstelling (1889) en voorwaardelijke veroordeling (1915) boden een kader voor controle en begeleiding bij herintreden in de maatschappij. De reclassering, die deze begeleiding invulde, kreeg hierdoor een formele en wettelijke verankerde rol.

Daarnaast kwam er een discussie op gang wat te doen met de niet volledig krankzinnige, gevaarlijke, gestoorde misdadiger. In Nederland bepleitte de hoogleraar strafrecht Hamel in 1906 een gedifferentieerde benadering. Hij stelde het volgende voor: voor lichte gevallen een maatregel of straf als waarschuwing en afschrikking, voor middelzware gevallen verpleging van begrenste duur (maximaal 10 jaar) met als oogmerk verbetering en resocialisatie, voor zeer zware gevallen verpleging van onbeperkte duur met toetsingsmomenten voor de noodzaak van voortzetting.

Deze voorstellen werkten als blauwdruk voor de ruim twintig jaar later in 1928 van kracht geworden psychopatenwetten, waarmee de maatregel van TBS werd ingevoerd. In deze wetten werd ook de voorlichtende rol van de psychiater ten behoeve van de rechterlijke macht met betrekking tot oplegging en al of niet verlengen van deze maatregel in de wet vastgelegd.

Op grond van deze wetgeving kwamen er TBS- inrichtingen, rijks- en particulier. Het Rijks Psychopaten asiel in Woensel was de eerste. Door de forse aanzuigende werking van deze nieuwe voorzieningen in de sobere tijd van de economische depressie van de 30^{er} jaren werd echter al in 1933 een stopwet afgekondigd met veel striktere instroomcriteria.

Na de Tweede Wereldoorlog werd deze stopwet weer opgeheven en onder invloed van de 'Utrechtse school' van Pompe, Baan en Kempe was er een grote bloei en groei van het TBS-systeem tot ongeveer 2000 TBS-gestelden in de tweede helft van de 50^{er} jaren. Bovengenoemde vaandeldragers waren exponenten van de 'moderne richting' in het strafrecht die stond voor preventie, heropvoeding, de persoon van de dader en dus ook van (gedwongen) behandeling als van groter belang dan vergelding. Dit in plaats van de

daad als het traditionele centrale element van het strafrecht. Het was ook de tijd van een groot behandeloptimisme, gerelateerd aan zowel de tijdgeest als aan de mogelijkheden van nieuwe psychofarmaca en opkomende psychotherapeutische behandelvormen. Met de forse groei van de TBS-populatie in de periode '45-'60 raakte de begrenzendende custodiale functie uit beeld, wat leidde tot een toename van ongeoorloofde afwezigheid en veelvuldige recidive. Van de 2000 TBS-gestelden waren er in de tweede helft van de 50^{er} jaren 1000 op proefverlof, ontvlucht of voorwaardelijk met ontslag. De maatregel verloor daarmee haar aantrekkingskracht en het aantal opleggingen daalde sterk. In '72 besloot het toenmalige kabinet dat de TBS weliswaar werd gehandhaafd, maar dat de beveiliging van de maatschappij het uitgangspunt was. Dit werd vastgelegd in de nieuwe TBS-wetgeving van 1988, waarin ook het instroomcriterium van een minimale maximumstraf van 4 jaar werd opgenomen. Sindsdien beperkt de TBS zich hierdoor in de praktijk tot (seksuele) geweldsdelinquenten en brandstichters.

Door de veranderingen in de algemene psychiatrie in de 70^{er} en 80^{er} jaren, in het bijzonder door het grotendeels loslaten van de gesloten custodiale klinische functie van de traditionele psychiatrische ziekenhuizen, veranderde ook de populatie in de TBS. Er kwam een sterke toename van justitiabelen met klassiek psychiatrische stoornissen (schizofrenie, autisme, bipolaire stoornissen). Voor psychotische stoornissen en schizofrenie steeg dit in de periode '78-'95 van 3% tot ruim 30% van de instroom (Van Panhuis, 1997), en lijkt op dit percentage daarna gestabiliseerd (DJI doelgroepenrapport, 2006).

Ter bevordering van de moeizame in- en doorstroom van gedragsproblematische patiënten naar de reguliere Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) werden in de 90^{er} jaren twee nieuwe FPK's (Forensisch Psychiatrische Klinieken) opgericht en vanaf eind 80^{er} jaren een tiental FPA's (Forensisch Psychiatrische Afdelingen) verbonden aan GGZ-instellingen. De laatste met een expliciete schakel- doorstromingsfunctie door een uitgangspunt van maximaal verblijf van twee jaar.

Mede ter bevordering van de uitstroom uit de TBS en de afremming van de instroom ontwikkelden zich vanaf ± 1990 forensisch psychiatrische poliklinieken. Deze waren veelal verbonden aan TBS-instellingen of FPK's en namen al snel een grote vlucht. Vanaf de 90^{er} jaren stond maatschappelijke veiligheid steeds meer centraal in het functioneren van de TBS-sector en was er weer sprake van een grote groei (zie later). Deze instellingen kenmerken zich sindsdien door een veel grotere mate van geslotenheid, gesymboliseerd door het verschijnen van hoge hekken en controlesluizen bij de klinieken. Eind 90^{er} jaren leidt dit er toe om voor de subgroep waar uitstroom niet meer haalbaar geacht wordt expliciete longstay-voorzieningen in te richten. Deze hebben

eind 2008 een capaciteit van ruim 200 plaatsen. Hiermee lijken de voorstellen van Hamel uit 1906 een eeuw later in hoge mate gerealiseerd.

Rondom de kern van TBS-klinieken en FPK's ontwikkelde zich dus een breed veld van forensisch psychiatrische voorzieningen, waarbinnen zij de spil waren van waaruit forensisch psychiatrische expertise opgebouwd werd.

Ondertussen deden in '53 de eerste (districts-)psychiaters hun intrede in het gevangeniswezen. Het waren door justitie arrondisementaal aangestelde psychiaters met als taakstelling de gerechtelijke en penitentiaire psychiatrie. Dus voorlichting naar reclassering en rechterlijke macht (onder andere met betrekking tot de TBS-oplegging en -beëindiging) en psychiatrische zorg voor gedetineerden. Aanvankelijk autonoom functionerende professionals en pas vanaf '86 in alle arrondissementen actief, vormen zij in de 90^{er} jaren een landelijke dienst, de FPD (Forensisch Psychiatrische Dienst). Door de in die periode sterk stijgende celcapaciteit en de meermaals vastgestelde hoge prevalentie van psychopathologie in de P.I.'s maakte de FPD een grote groei door. Met de landelijke bundeling werd beoogd kwaliteit en uniformiteit van werken te borgen.

In 1949 was het PBC opgericht om door middel van gedegen psychiatrisch onderzoek de instroom in de TBS te beperken. Dit fuseert in 2006 met de landelijke FPD tot het NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie)

Ondertussen worden vanaf eind 80^{er} jaren door de P.I.'s zelf ook toenemend psychologen in dienst genomen, en vormen psychologen en psychiaters in de P.I.'s een organisatorisch samenwerkingsmodel binnen het PMO (zie later).

Hiermee vormen de in de P.I.'s werkende NIFP-psychiaters (circa 60) en de penitentiaire psychologen (circa 120) een groot tweede veld van de Nederlandse forensische psychiatrie. Via het NIFP hebben vooral de psychiaters dwarsverbanden met het netwerk van freelance psychiaters en Psychologen (circa 500) die onder regie van het NIFP werkzaam zijn in het kader van de gerechtelijke voorlichting.

Als universitaire discipline in Nederland begon de forensische psychiatrie in 1949 in Utrecht met de benoeming van de psychiater Baan tot eerste privaat docent en later (1952) tot buitengewoon Hoogleraar aan de juridische faculteit.¹ Baan was een van de dragers van de Utrechtse school met de hoogleraar strafrecht Pompe en de hoogleraar criminologie Kempe. Zij waren voorvechters van een humaan strafrecht met grote

¹ Overigens had Prof. Dr. J.J.G. Prick al in de oorlogsjaren (40^{er} jaren) ook als leeropdracht de forensische psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, maar Prick zelf heeft zich niet als forensisch psychiater geprofileerd.

nadruk op de mogelijkheden voor behandeling van criminele psychopaten en op resocialisatie van justitiabelen. Begin 50^{er} jaren volgden ook buitengewoon hoogleraarposten aan de Rechtenfaculteiten in Groningen, W. Goudsmit, die werkzaam in de S. Van Mesdagkliniek en zich vooral richtte op behandeling in TBS-kader, en in Nijmegen, Van der Kwast, die veel publiceerde over de rol van de reclassering (Oei, 2001). Inmiddels zijn er ook bijzonder Hoogleraar posities in Tilburg, Amsterdam (VU), Nijmegen en Leiden. Aan de VU is er ook een hoogleraarpost forensische kinder- en jeugdpsychiatrie aan de medische faculteit. Alleen in Rotterdam is er een gewone fulltime leerstoel forensische psychiatrie aan zowel de medische als de juridische faculteit. Met uitzondering van de sinds kort bestaande post in Rotterdam dus allemaal aan een juridische faculteit. Geen van de huidige hoogleraren of de voorgangers richt zich specifiek op de psychiatrische zorg in detentie. Sinds de 90^{er} jaren ontstonden er ook posities voor bijzonder Hoogleraar forensische psychologie, eerst aan de VU en de UvA in Amsterdam. Focus voor hen waren betrouwbaarheidsonderzoek en risicotaxatie-instrumenten. Recent werden ook Hoogleraarposten forensische psychologie gecreëerd in Nijmegen, Utrecht en Tilburg

2.4 De huidige psychiatrische zorg in detentie

De huidige (basis)zorg voor psychiatrisch zieke, verstandelijk gehandicapte en verslaafde gedetineerden wordt verricht door de aan de inrichting verbonden psychologen, verpleegkundigen en inrichtingsartsen en door vanuit het NIFP beschikbare psychiaters. Tot 1999 speelden ook maatschappelijk werkers vanuit de reclassering, de zogenaamde binnenreclassering, een rol in de zorg en daarmee ook in de aan detentie aansluitende zorg. Deze laatsten zijn recent vervangen door MMD-ers (Medewerker Maatschappelijke Dienstverlening), die slechts gericht zijn op ondersteuning bij het verkrijgen van huisvesting, identiteitspapieren, uitkeringen en een ziektekostenverzekering voor de periode aansluitend aan detentie.

Daarnaast is er sprake van differentiatie van afdelingen, waarbij ongeveer 500 cellen zijn aangewezen als zorgcellen in engere zin. Dit betreft dan ongeveer drie procent van het totale cellenbestand. Het gaat daarbij om de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA), het Penitentiair Selectie Centrum (PSC), de Individuele Begeleiding Afdelingen ((B)IBA's) en de Forensische Schakel Units (FSU).¹ Als ook de Bijzonder Zorg Afdelingen (BZA) worden meegerekend met eveneens ongeveer 500 plaatsen betreft het ongeveer zes procent van de cellen. Nog eens 150 plaatsen zijn gecategoriseerd als verslaving/begeleidingsplaatsen (VBA), waar verslavingsbegeleiding en prebehandeling wordt geboden vanuit de regionale verslavingszorg, veelal met het oog op de zorgtrajecten aansluitend aan of gedeeltelijk nog binnen detentie.

Afstemming van de zorg zowel op de zorgafdelingen van de penitentiaire inrichtingen als in de reguliere afdelingen vindt plaats in het Psycho-Medisch Overleg (PMO). Hierin participeren de PI-psycholoog (voorzitter), NIFP-psychiater, verpleegkundige en inrichtingsarts. Ook wordt hier afgestemd met betrekking tot doorplaatsing naar afdelingen met een hoger zorgniveau of uitplaatsing op basis van te grote zorgbehoefte tijdens verblijf in de P.I. Dit laatste gebeurt echter laagfrequent gezien de slechts 81 uitplaatsingen op basis van artikel 15.5 Penitentiaire Beginselen Wet naar de GGZ en de verstandelijk gehandicaptenzorg in 2006 (FRIS, registratiesysteem NIFP).

Achtergrond daarvan is vooral de afhoudende reactie van de reguliere GGZ hierbij. Aansluiting met de verslavingszorg buiten de P.I. lijkt beter te gaan door het vaak impliciete justitiële coloriet van verslavingsproblematiek en er is dus sprake van een grotere doorstroom. Dit ook doordat in de Verslaving Begeleiding Afdelingen (VBA's) voor wat betreft de verslavingszorgaspecten gewerkt wordt met gedetacheerd personeel vanuit de verslavingszorginstellingen.

¹ Voor verklaring afkortingen zie afkortingenlijst pagina 171.

Qua psychiatrische pathologie gaat het in detentie om zeer diverse groepen. Prevalentie-onderzoeken zijn verricht met wisselende onderzoeksinstrumenten bij verschillende groepen gedetineerden, zowel in Nederland als daarbuiten. Hierbij komen uit meerdere prevalentie-onderzoeken (onder andere Bulten, 1999; Schoenmaker en Van Zessen, 1997; hoofdstuk 6 dit proefschrift) globaal de volgende cijfers naar voren:

psychosen, waaronder veel schizofrenie: rond zes procent

totale DSM-IV AS-I problematiek ¹: 15 procent

zwakbegaafdheid en verstandelijke handicap: rond 15 procent

verslavingsproblematiek met betrekking tot zowel alcohol als drugs: 40 procent

persoonlijkheidstoornissen met vooral cluster-B kenmerken, dat wil zeggen met antisociaal/narcistische/borderline/paranoïde kenmerken: 50 procent

Gegeven deze hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen, 65 procent zonder verslavingsaspecten (hoofdstuk 4 van dit proefschrift, Bulten 1999), en de geringe mogelijkheden voor behandeling in zorginstellingen, is het gevangeniswezen tot op heden vooral aangewezen op de eigen voorzieningen om dit op te vangen. Dit gebeurt door 13.000 zorgconsulten vanuit de NIFP-psychiaters (bron: FRIS, 2007) en een veelvoud hiervan door de PI-psychologen (geschat 50.000-100.000). Ook huisartsen en verpleegkundigen zien substantiële aantallen gedetineerden vanwege psychische problematiek (geen cijfers bekend).

Uitgangspunt van de zorg in detentie is het t, een recht op gelijkwaardige zorg in vergelijking met buiten detentie. Voor degenen met beperkte problematiek betekent dit toegang tot psycholoog en waar nodig psychiater, hetgeen benoemd wordt als de basiszorg (Daniels, 2006). Dit betekent basale diagnostiek, de mogelijkheden van basale medicamenteuze therapie en ondersteunende laag-intensieve gesprekken op de reguliere afdelingen.

Bij een grotere mate van kwetsbaarheid en/of pathologie kan een gedetineerde doorgeplaatst worden naar een op iedere locatie aanwezige BZA, Bijzondere Zorg Afdeling, van veelal 12-24 plaatsen. Daar de hele groep daar bestaat uit kwetsbaardere gedetineerden is het afdelingsklimaat daarop gericht. Bewaarders hebben daar veelal affiniteit met deze doelgroep en hebben vaak een (zeer) beperkte training gevolgd.

¹ As I staat in dit diagnostisch classificatiesysteem voor de psychiatrische ziekten in engere zin zonder verstandelijke handicaps, persoonlijkheidstoornissen en verslavingen.

Er zijn echter geen geoormerkte extra gelden voor deze voorzieningen. Psychologen en psychiaters zijn wel redelijk beschikbaar en mede daardoor regelmatig in contact met deze afdelingen.

Bij verdere noodzaak tot intensivering van zorg zijn er mogelijkheden tot doorplaatsing naar Individuele Begeleidingsafdelingen (B)IBA's. Op de (B)IBA's, regionaal over het land verdeeld, zijn de mogelijkheden voor individualisering van het regime en de bejegening veel groter. De facto functioneren deze afdelingen meestal zoals gesloten afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis, met wat meer nadruk op en mogelijkheden voor het bieden van structuur en minder gedifferentieerde behandelmogelijkheden dan in een GGZ-instelling.

Daarnaast zijn er de 66 plaatsen van de FOBA, de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling, in Amsterdam, die als psychiatrische crisis- en highcarevoorziening van het gevangeniswezen functioneert, met eigen psychiaters en psychologen. Deze is hiermee te categoriseren als een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis (behandelgevangenis). Ten bate van de uitstroom van de FOBA zijn weer een drietal regionale Forensische Schakel Units(FSU) met totaal 72 plaatsen gecreëerd met een expliciete doorstromingsfunctie naar de regionale zorginstellingen buiten de P.I.

Voor beheersproblematiek in het gevangeniswezen zijn er ook specifieke afdelingen waar echter beheers- en psychiatrische problematiek sterk vermengd lijkt te zijn (Bulten, 2001).

De zorg in detentie wordt sterk gekenmerkt door het op basis van psychiatrische diagnostiek komen tot medicamenteuze stabilisatie, structurering, ondersteuning in de vorm van een supportief bejegeningklimaat, ondersteunende gesprekken en voorlichting(zie hoofdstuk 3). Dit voldoet voor basale zorg, waarmee stabilisatie, begrenzing en voorkomen van detentieschade veelal bereikt worden. Vaak is er ook sprake van een duidelijke verbetering van functioneren. Anderzijds zijn psychotherapeutische, reconstructieve of inzichtgevendende interventies nauwelijks voorhanden en ook het betrekken van de familie bij begeleiding of therapie gebeurt slechts incidenteel. Psycho-educatie gebeurt op basaal niveau, maar bijvoorbeeld niet in de vorm van systematische voorlichtingsprogramma's aan de hand van de in de GGZ veel gebruikte trainingsmodules.

Tot ongeveer 2000 was uitgangspunt van de zorg in detentie het beperken van de detentieschade. Door de toenemende instroom van psychisch zieke gedetineerden en publicaties van Vegter dat er geen juridisch principiële bezwaren zijn tegen behandelen in detentie is deze doestelling inmiddels verbreed tot behandeling (Vegter, 1999).

Als belangrijkste knelpunt wordt zowel vanuit de basiszorg als vanuit de zorgdifferentiaties de aansluiting op reguliere of forensische zorgvoorzieningen bij einde detentie ervaren. Vaak is stabilisatie van de onderliggende stoornis bereikt, zijn justitiabelen (ambivalent) bereid tot vervolgzorg. Maar deze komt vaak niet tot stand door slechte aansluiting, weerstanden tegen ex-gedetineerden bij behandelinstellingen, een te vrijblijvend hulpaanbod, onduidelijkheid over welke regio de zorg zou moeten leveren, en grensdiscussies over primaat voor de verslavingszorg, de GGZ of de Verstandelijk gehandicaptenzorg, wachtlijstproblematiek et cetera. Dit ondanks veel inspanningen van behandelende NIFP-psychiaters en PI-psychologen om deze aansluitende zorg te bevorderen. En ook ondanks meermaals uitgesproken intenties vanuit hogere managementniveaus van zorginstellingen dat zij dit mogelijk willen maken.

Op dit moment wordt gewerkt aan omvorming van de psychiatrische zorg aan gedetineerden in het kader van het programma ‘Vernieuwing Forensische Zorg’ van het ministerie van Justitie. Beoogd wordt het aantal zorgcellen met 350 plaatsen uit te breiden en daarnaast 350 plaatsen in te kopen bij zorgaanbieders. De zorgcellen gaan gebundeld worden in vier of vijf penitentiaire zorgcentra die mogelijkheden krijgen zorg extern in te kopen. Beoogde doelstelling is verbetering van de zorg voor gedetineerden met psychiatrische klachten. De basiszorg voor de overige gedetineerden met psychiatrische problemen zou volgens het eerder beschreven stramien blijven verlopen. Tot in hoeverre deze voornemens gerealiseerd gaan worden is op dit moment nog niet goed uitgekristalliseerd. Deze vernieuwde vormen van penitentiaire zorg gaan hun juridische basis krijgen in een wet op de forensische zorg die op haar beurt weer dwarsverbanden zal krijgen met de nieuwe wetgeving rondom gedwongen opname en behandeling (Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg).

2.5 *Problematische aspecten van de psychiatrische zorg in detentie*

INLEIDING

De altijd al aanwezige maar sinds de 70^{er} jaren toenemende prevalentie van psychiatrische stoornissen in detentie heeft geleid tot een reeks van onderzoeken, commissies en maatregelen. Onderstaand zullen de denklijnen aan de hand van een vijftal van deze rapporten worden samengevat en besproken om op deze wijze de knelpunten te schetsen. De keuze voor juist deze rapporten is gebaseerd op het feit dat het rapport uit 1983 een ijkpunt is waar later veelvuldig naar wordt verwezen. De volgende twee rapporten, van 1991 en 1996, illustreren de evolutie van het denken over de psychiatrische zorg in detentie en de beide rapporten uit 2007 zijn meer recente analyses en de bouwstenen voor aangekondigde beleidswijzigingen.

RAPPORT VAN DE COMMISSIE PSYCHIATRISCHE/THERAPEUTISCHE VOORZIENINGEN GEVANGENISWEZEN, 1983

Deze commissie had van de minister van Justitie in 1980 als vraag voorgelegd gekregen om de mogelijkheden te onderzoeken om op passende wijze tegemoet te komen aan gedetineerden met psychische problemen. Vraagstelling was een samenhangend stelsel te ontwerpen van institutionele voorzieningen zoals FOBA, PBC, TBS-klinieken. De commissie stelde vast dat de problematiek groot is, gecompliceerd en in tijd bijzonder hardnekkig. Conform de tijdgeest was uitgangspunt mede de declasserende, desocialiserende en demotiverende werking van de vrijheidstraf zoveel mogelijk te beperken, en daarnaast om de ontwikkeling van de gedetineerde zoveel mogelijk in de gewenste richting bij te buigen. Daartoe zou ondermeer gewerkt moeten worden aan de sociale weerbaarheid, de zelfredzaamheid en assertiviteit van de gedetineerde. Hierbij werd gedacht aan opleidingen, het behalen van het rijbewijs et cetera. Binnen detentie zou er een klimaat moeten zijn waarin gewerkt kon worden aan de psychosociale problematiek. Dit aan de hand van detentie- en behandelplannen. Qua problematiek onderscheidde men een drietal categorieën:

1. De grote psychiatrie
2. Persoonlijkheidsgestoorden
3. Neurotici.

Men zag een recht op behandeling van de gedetineerde in samenhang met een zorgplicht voor de penitentiaire inrichting. Qua preventie werd veel verwacht van de bejegening. Zorgwekkend werd genoemd dat er sprake was van een daling van het percentage gedetineerden dat gerapporteerd werd. Achtergrond hiervan werd gezien in een afname van de behandel mogelijkheden en de tijdgeest die gekenmerkt werd door de

antipsychiatrie. Geïnterviewd was dat het gedurende de detentie vanuit het gevangeniswezen jaarlijks kwam tot ongeveer een vijftigtal plaatsingen in de algemene klinische psychiatrie en een vijftiental plaatsingen in een TBS-kliniek. Dit betekende dat deze mogelijkheid in de praktijk slechts op beperkte schaal werd toegepast, ondanks staand beleid om het opleggen van gevangenisstraffen aan psychiatrisch gestoorde terug te dringen. Een van de achterliggende problemen die werden benoemd was het feit dat zowel plaatsing op basis van het toenmalige artikel 47 Penitentiaire Beginselen Wet (PBW) naar de GGZ als op het artikel 120 PBW naar de TBS-klinieken gebeurde op vrijwillige basis. Vanaf eind 70-er jaren waren er bovendien toenemend wachtlijsten, vooral voor plaatsing in de TBR-inrichtingen. Als dan de V.I.-datum (Vervroegde Invrijheidstelling op tweederde van de opgelegde straftijd) in zicht kwam bleek dit een niet meer realiseerbare constructie.

De commissie had gedachten over het in kaart brengen van de psychosociale problematiek in brede zin, inclusief bijvoorbeeld relatieproblemen en leerproblemen bij een intake. Met nadruk stelde men dat behandeling en begeleiding zich niet dienden te beperken tot gedragsproblemen en daarmee tot de gedetineerden waar de P.I. een belang had om problematiek te neutraliseren. Vooral voor langgestraften bij wie men zeer veel problematiek veronderstelde werd een indicatie gezien voor psychotherapeutische behandeling. Deze commissie stelde begin 80^{er} jaren al vast dat door de veranderde werkwijze in de psychiatrie doorplaatsing naar de reguliere psychiatrie steeds moeilijker werd. Dit ondanks het feit dat men rond de 10% ernstige psychiatrische stoornissen binnen de detentiepopulatie vaststelde, waarbij 3% van de gedetineerden als detentieongeschikt werd gezien.

Langgestraftheid werd gedefinieerd als straffen langer dan drie jaar, waarvan er in 1970 maar 30 tot 40 in de P.I.'s verbleven. Dit geeft een ander beeld dan de huidige 30-40 levenslang gestraften. De problematiek met de doorplaatsing werd ook in het buitenland nagegaan en ook daar herkend. Onder andere vanuit Engeland werd bevestigd dat er ook daar een toename was van psychische problematiek in het gevangeniswezen.

Als doelstelling van de nieuw gevormde zorgafdelingen werd niet alleen resocialisatie, maar veel eerder stabilisatie van de aanwezige problematiek gezien en eventueel voorkomen van recidive van stoornis. De commissie schetste dat de zorg in de P.I.'s in de verschillende landen wisselend georganiseerd was in verband met de wisselende rechtssystemen en onderliggende visies. Desondanks leek er internationaal een gebrek aan opvangmogelijkheden voor deze doelgroep te zijn, in het bijzonder voor de meer agressieve gedetineerden. Dit leidde, ook internationaal, tot het inrichten van meer

beveiligde zorgunits binnen de P.I.'s. (in Nederland begonnen met de FOBA in '81).

Daarnaast kwamen er selectievoorzieningen, zoals in Nederland het Penitentiair Selectie Centrum (PSC, sinds '69), de SAC's (Selectie Advies Commissies) en voorafgaand aan de strafoplegging de Pro Justitia rapportages.

Dit rapport formuleerde als uitgangspunt dat ook voor gedetineerden geldt dat zij optimaal gebruik moeten kunnen maken van bestaande voorzieningen in de algemene geestelijke gezondheidszorg. Overwegingen daarbij waren dat problemen niet altijd detentiegebonden zijn, stigma zo voorkomen kan worden, continuïteit bereikt en de kosten niet onnodig verhoogd. Voor de toenmalige districtspsychiater (de huidige NIFP-psychiater) werd een consultatie-, adviserings- en behandel functie voor urgente gevallen gezien, met name in de sfeer van medicatie. Voor de psychologen vooral een ondersteunende en begeleidende functie. Er was hoop dat de op dat moment op handen zijnde RIAGG-vorming zou gaan leiden tot meer inzet van GGZ-professionals in detentie omdat in de RIAGG-erkenningsvoorwaarden was opgenomen dat er een recht op zorg is voor elke ingezetene. Neurotici zouden behandeld moeten worden vanuit de RIAGG's, met lichtere vormen van psychotherapie.

Meermaals werd benoemd dat een verblijf in de P.I. niet zelden negatief uitwerkt op de gedetineerde. Veel belang wordt overigens gehecht aan het zoveel mogelijk afbuigen van detentietrajecten naar de hulpverlening via de P.J.-rapportages. Aanvullend wordt een selectiefunctie toegekend aan inkomstenafdelingen, waar ook capaciteitenonderzoek zal moeten plaatsvinden.

Er worden gedachten geformuleerd over een indicatiestellingmechanisme door de districtspsychiater. Er wordt op meerdere plaatsen in het rapport geschreven over psychotherapeutische hulpverlening. Over uitplaatsingen naar de GGZ, die slechts beperkt plaatsvonden, wordt opgemerkt dat die vaak snel ontslagen worden of weer teruggeplaatst naar de P.I. Na ontslag bleken deze zich niet te kunnen redden in de maatschappij en komt er nieuw contact met justitie. Op enkele plaatsen zijn er regionaal overlegplatforms, wat leidt tot enigszins betere doorstroming. De commissie betoogt dat als een vorm van pathologie niet adequaat kan worden opgevangen en verpleegd in de penitentiaire inrichting, deze er niet thuishoort, of hoogstens tijdelijk op de FOBA in afwachting van doorplaatsing. Uitplaatsing zou in principe moeten plaatsvinden in het regionale Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) van de regio van herkomst van de gedetineerde. Ondanks dat in het rapport benoemd wordt dat al in het jaarverslag van het gevangeniswezen van '55 wordt vermeld dat plaatsing in de psychiatrisch ziekenhuizen zeer moeizaam verloopt, werd dit gezien als een belangrijke functie van de districtspsychiater. Men stelde dat hiertoe bindende afspraken gemaakt zouden moeten worden. Voor de persoonlijkheidsstoornissen achtte men behandeling in de

justitiële klinieken, de TBS-inrichtingen, noodzakelijk. Men stelt vast dat het gedetineerden zijn met een achtergrond van affectieve en pedagogische verwaarlozing. Het focus zou persoonlijkheidsverandering moeten zijn. Behandeling hiervan hoort plaats te vinden in een besloten therapeutisch milieu. Psychotherapeutische interventies in het gevangeniswezen dienen volgens de commissie gericht te zijn op reconstructie van de persoonlijkheid en vergroting van de interactiemogelijkheden. Erkend wordt dat een en ander enigszins haaks staat op de overlevingscultuur van de gedetineerde waarin wantrouwen, manipulatie en geweld belangrijke elementen zijn en ook op het lage opleidings- en socialisatieniveau van de meeste gedetineerden.

Voor het ook toen al spelende knelpunt doorstroming in de TBS wordt als oplossingsrichting aangedragen:

Versnelde uitstroom,

Atypische (bedoeld werd As-I) patiënten overplaatsen naar psychiatrische ziekenhuizen,

Verpleegpatiënten eveneens overdragen aan de psychiatrische ziekenhuizen (gezien de problemen wordt een plaatsingsplicht binnen drie maanden bepleit en een beroepsmogelijkheid bij weigering).

In overweging werd nog gegeven om op de lange termijn te komen tot het formeren van Districtsforensische diensten, waarin naast de districtspsychiaters op termijn ook de PI-psychologen zouden moeten worden opgenomen. Ook zou daarin een verbindingsschakel naar de reclassering moeten worden ondergebracht.

Het hele rapport ademt als premisse een (bijna) primaat van zorgbehoefte en maximaal gebruik maken van psychotherapeutische interventies boven strafrechterlijke overwegingen. In retrospect geheel conform de tijdgeest, de oplossingsrichtingen doen enigszins als wensdenken aan.

ADVIES FORENSISCHE PSYCHIATRIE EN HAAR RAAKVLAKKEN, DE NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, 1991

In dit advies wordt vastgesteld dat al rond 1900 geschreven werd over problemen met het plaatsen van misdadige krankzinnigen en/of krankzinnige misdadigers in bestaande psychiatrische gestichten. “In verband met de nieuwe inzichten met betrekking tot humaniteit, waardoor alle dwang zo mogelijk vermeden wordt en waar men zo mogelijk de deur niet op slot doet” (staatscommissie 1902).

Bovengenoemd spanningsveld verminderde met de TBS-wetgeving en de opening van de psychopathen-asiels (1928), maar werd daar niet mee opgelost.

In dit rapport wordt vast gesteld dat er in de periode 70-er/begin 90-er jaren toenemend behoefte ontstaat aan verbindingen tussen het circuit van politie en justitie enerzijds en dat van de GGZ en de behandelsector anderzijds. Het probleem wordt binnen een breder kader gelabeld: “Hoe binnen de bestaande middelen op iedere vraag een adequaat antwoord te geven”. Hierbij dient aangetekend dat in de forensische psychiatrie de vraag breder is gedefinieerd dan in de algemene psychiatrie. Geschetst wordt dat de forensische psychiatrie zich afspeelt op het grensvlak van enerzijds beveiliging van de maatschappij en anderzijds behandeling en begeleiding van de patiënt. Dit grensvlak wordt geschetst als diffuus en betrekkelijk willekeurig. Juist op het grensvlak tussen sectoren en voorzieningen gaat het steeds mis. Men concludeert dat de structuren te bepalend lijken, waardoor veel patiënten/justitiabelen geen- of inadequate zorg krijgen, waarbij in het bijzonder de continuïteit van zorg onvoldoende is. De analyse is dat de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid naar de achtergrond is verschoven. De oplossing wordt gezien in meer functiegerichte ordening met een meer programmatische uitvoering van behandelinspanningen. Als beleidslijn wordt voorgesteld de verantwoordelijkheid te delegeren naar het veld en initiatieven van partijen te stimuleren. Men acht uitsluitend uitbreiding van voorzieningen geen adequate oplossing hoewel dit wel ook noodzakelijk zal zijn. Het rapport acht de dichotomie tussen enerzijds psychotische en AS-I problematiek en anderzijds persoonlijkheidsstoornissen gedeeltelijk kunstmatig en ziet deze meer als eindpolen van een spectrum, waarbij er veelal sprake is van overlappen en dus dubbeldiagnostiek. Ook wordt benadrukt dat diagnose maar één ordeningsprincipe is. Men vindt het accent te zeer liggen op een voorzieningsgerichte sturingssystematiek. Door deze categorale ordening van voorzieningen voor deze doelgroep is het gekomen tot een grote mate van versnippering van voorzieningen met elk autonomie op het eigen (begrenste) indicatiegebied. Dit knelt te meer omdat er bij zeer complexe problematiek altijd sprake is van grensgangers die daarmee te vaak als een non-indicatie worden gedefinieerd. Tenslotte wordt geconcludeerd dat er onvoldoende overgangen zijn van de bijzondere forensische zorg naar de algemene psychiatrische en andersoortige zorg en daarmee onvoldoende continuïteit.

Achterliggend wordt geschetst dat de problematiek van de forensische psychiatrie heterogeen, veelal dubbelsoortig en vaak mede sociaal bepaald (schulden, huisvesting, netwerk) is. Ook is er bij de doelgroep sprake van ambivalent hulpzoekgedrag, meervoudige kwetsbaarheid en vaak gevaarlijk gedrag in specifieke situaties. Toenemend is de doelgroep ook allochtoon. Met betrekking tot de overplaatsingen vanuit de penitentiaire inrichting naar de GGZ wordt niet meer zoals voorheen gesteld dat dit zou moeten bij de aanwezigheid van forse psychiatrische stoornissen, maar als

de mogelijkheden van de penitentiaire inrichting uitgeput zijn. In dit rapport worden voor het eerst ook de overeenkomsten tussen de zorgvoorzieningen binnen een penitentiaire inrichting en in de geestelijke gezondheidszorg benadrukt in plaats van alleen de verschillen. Uitgangspunt wordt: hulp regulier/algemeen als het *kan*, categoriaal (forensisch) als het *moet*. Met andere woorden: een zekere verschuiving naar categoriale hulpverlening in justitiële kaders.

Benadrukt wordt dat de forensische zorg zoveel mogelijk ingebed zou moeten zijn binnen de reguliere zorg. Pas indien dit niet meer mogelijk is moet overgegaan worden op bovenregionale en categorale voorzieningen. De regio wordt daarmee dus als verzorgingsgebied gezien met alle noodzakelijke voorzieningen en impliciet dus ook als verantwoordelijkheidsgebied en daarmee zou er een aselechte toegang tot deze voorzieningen moeten zijn. Men wilde dit bewerkstelligen door per regio een circuit/netwerk van voorzieningen op te bouwen, waarbij onduidelijk is wat de omvang van een regio precies was. Het voorzieningenaanbod zou pragmatisch geordend moeten zijn, regionale problemen moeten aanpakken. Dit op basis van een regionale indicatiestelling en protocollen van afspraken tussen verschillende sectoren en hulpverleningsvoorzieningen. De politie wordt in deze nota gezien als een vindplaats voor forensisch psychiatrische problematiek. Op individueel niveau zou dit moeten leiden tot een behandelplan, waarbij weer geheel conform de tijdgeest zorgcoördinatie in handen zou moeten zijn van een casemanager.

Nogmaals wordt vastgesteld dat er in de algemene geestelijke gezondheidszorg vaak grote weerstanden zijn tegen de forensisch psychiatrische patiënt. Dit door het justitiestempel, de aard van het delict, de angst voor herhaling en onmaatschappelijke gedragsaspecten (met name agressief gedrag). Er heerst een al dan niet misplaatst beeld dat het gaat om een onberekenbare, onbehandelbare en oncontroleerbare doelgroep. Dit ondanks sporadische vaak aan regio of individuele werkers gebonden goede initiatieven om aansluiting mogelijk te maken. Het tekortschieten van de GGZ in haar maatschappelijke functie leidt daarmee volgens de analyse in dit rapport tot een groter wordend beroep op zorg binnen justitie.

Retrospectief vallen in dit rapport een zekere vrijblijvendheid op en de grote mate van nadruk die wordt gelegd op niet verplichtende samenwerking tussen voorzieningen en sectoren.

Dit betrof een werkgroep die was ingesteld door VWS en DJI gezamenlijk (commissie Kaasjager). Uitgangspunt was de vaststelling dat de eerdere nota's en maatregelen niet hebben geresulteerd in een afname van de problematiek, maar dat de problematiek verder is toegenomen. De rapportage was in het bijzonder gericht op doorstroming en uitplaatsing uit het gevangeniswezen.

Bij de inventarisatie van achtergronden van het stokken van deze vormen van diversie worden benoemd:

De fase van het strafproces.

De complexiteit van de problematiek.

De reductie van de gesloten capaciteit van de GGZ en de afbouw van haar asielfunctie, waarbij men in 1996 vaststelde dat er nog 1500 gesloten plaatsen binnen de GGZ over zijn.

De specifieke afbouw van de langdurige verblijfs capaciteit in de GGZ.

Het botsen van de doelstelling van zorg die de GGZ wil bieden en de tenuitvoerlegging van vonnissen wat de primaire doelstelling is van de P.I. en het justitiële systeem.

Rechtspositionele problemen in de GGZ op basis van de WGBO.

Het vluchtgevaar als contra-indicatie.

De gemiddeld genomen relatief lastige en complexe patiëntenpopulatie.

Al in de inleiding wordt benoemd dat een nader onderzoek nodig is met de vraag waarom de huidige GGZ-voorzieningen er niet in slagen de instroom in het justitiële circuit te beperken.

Als juridische mogelijkheden om instroom in het justitiële veld af te buigen worden achtereenvolgens benoemd: het politiese pot, het gezondheidssepot, niet vervolging op basis van het opportuniteitsbeginsel, schorsing van de voorlopige hechtenis met voorwaarden in de behandelsfeer op advies van de districtspsychiater, een voorwaardelijke veroordeling met een bijzondere voorwaarde tot behandeling, een werkstraf, en de oplegging van een maatregel (37.1 of 37.2, dus plaatsing in een psychiatrische inrichting danwel plaatsing in een TBS-inrichting).

Er wordt echter ook gesteld dat de afbuiging mede sterk afhankelijk is van de dynamieken en mogelijkheden buiten het strafrechtelijke domein.

Als mogelijkheden voor zorg binnen de P.I. die uitgaat boven de basiszorg worden plaatsingen op een Bijzondere Zorg Afdeling (BZA), op een Individuele Bewaring Afdeling (IBA), op een Beheers- en Individuele Bewaring Afdeling (BIBA) of op de Forensische Observatie en Behandel Afdeling (FOBA) benoemd. Ten bate van de

uitstroom uit het gevangeniswezen worden als voorzieningen benoemd de voorzieningen van de TBS-sector op basis van artikel 120 PBW en de (forensisch)-psychiatrische voorzieningen op basis van artikel 15.5 Penitentiaire Beginselen Wet. Men concludeert dat er een verscheidenheid aan mogelijkheden en voorzieningen is in de verschillende fasen van de gang door het justitiële systeem.

Het rapport concludeert dat er

- gebrek is aan begeleiding- en behandelingsmogelijkheden binnen de penitentiaire inrichtingen.
- onbekendheid met het fenomeen forensische patiënt in de GGZ de doorstroom naar de GGZ extra remt.
- capaciteitsproblemen in alle geledingen van de GGZ een belemmering vormen, in het bijzonder bij chronisch intramuraal zorgafhankelijken.
- niet forensische voorzieningen een gebrek hebben aan mogelijkheden voor de omgang met complexe ziektebeelden met meervoudige problematiek.

Toch acht men de ontwikkeling van een justitieel psychiatrisch behandelcircuit onwenselijk. De overwegingen daarvoor zijn dat dit leidt tot een versnippering van kennis en middelen in twee circuits, dat dit de status aparte van de forensische psychiatrie benadrukt en dat dit risico's schept van een oneigenlijk gebruik van het strafrecht om instroom in de forensisch psychiatrische voorzieningen te bewerkstelligen. Men wijst daarom het een jaar eerder gedane voorstel van de Commissie Balkema om de IBA's qua zorgniveau te laten doorgroeien naar FPK-niveau af. Men benadrukt (meer dan in eerdere analyses) de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het gevangeniswezen, justitie en het GGZ-circuit. Als criteria bij grensverkeer worden enerzijds genoemd de medisch noodzakelijke zorg en anderzijds aspecten van maatschappelijke veiligheid als contra-indicatie voor instroom in niet-justitiële voorzieningen. Dit laatste zou bijvoorbeeld vorm moeten krijgen via een fiatteringsrol van het OM bij uitplaatsingen. Men veronderstelt dat een en ander zou moeten leiden tot doorstroming naar regionale psychiatrische voorzieningen, omdat anders de stroom weer snel zal stagneren.

Dit rapport spreekt in dat kader hoge verwachtingen uit over zorgvernieuwing en circuitvorming, de twee toverwoorden van het beleid rondom de Psychiatrie in de 90^{er} jaren. Ook stelt men voor justitie/GGZ- indicatiecommissies in te stellen met plaatsingsmogelijkheden op basis van regionale afspraken. Men wil vooralsnog deze plaatsingsmogelijkheden niet verplichtend aan voorzieningen, sectoren of instellingen opleggen. Daarom beveelt dit rapport ook een onafhankelijke indicatiestelling aan met een rol van de inspectie bij doorplaatsingsproblemen naar de GGZ.

De aanleiding voor dit rapport was de motie Van de Beeten in de Eerste Kamer die aandrong op meer samenhang tussen de justitiële- en VWS-voorzieningen ten behoeve van psychiatrische zorg voor justitiabelen. De Raad schetst in haar analyse als knelpunten van de aanpak van delictplegers met een psychiatrische achtergrond een botsing van de perspectieven van zorg, het strafrecht en de publieke opinie. Zij formuleert als doelstelling van haar rapport het ontwikkelen van een perspectief dat de bestaande perspectieven weet te overbruggen. Doel is daarbij te komen tot passende interventies voor duidelijke doelstellingen. Anders geformuleerd: hoe kunnen we beter omgaan met delictplegers met psychi(atrisch)sche problemen.

De Raad vraagt zich daarbij af of er een primaat is van vergelding of een primaat van recidivepreventie. De prioritering van deze doelstellingen wordt onvoldoende helder geacht. Het spanningsveld tussen vergelding en risicovermindering moet daarom verder worden doordacht zeker als deze afbreuk aan elkaar doen.

De Raad schetst dat de strafrechtsketen zich primair richt op de daad en pas in tweede instantie op de dader of de maatschappij. Zorginstellingen richten zich op de dader maar komen pas in actie als er een duidelijke hulpvraag is. De doelgroep van psychisch gestoorde justitiabelen kan vaak geen (consistente) hulpvraag formuleren. De doelgroep heeft vaak primair een context en een structuur nodig met vooral ook een vorm van disciplineren alvorens de verantwoordelijkheid voor de eigen problematiek te kunnen oppakken en een hulpvraag te kunnen formuleren. Daar waar deze context ontbreekt volgen vaak nieuwe justitiecontacten.

Men acht in de zorg onvoldoende begrenzing aanwezig die deze doelgroep wel kan krijgen binnen het justitiële circuit, terwijl men deze doelgroep primair in de reguliere zorgprogramma's vindt thuishoren. Als het wel komt tot passende interventies zijn deze sterk afhankelijk van de inzet van individuele professionals en niet ingebed in het systeem zelf.

Men komt daardoor tot de volgende advisering:

Kies de basisdoelstelling en vervolgens de daaruit voortvloeiende passende interventie. Werk aan een verbeterde aansluiting van straf- en zorginterventies. Men stelt daarbij dat de zorg meer activerend en begrenzend dient te worden en het strafsysteem meer faciliterend voor passende zorginterventies. Deze doelstelling zou weer op drie manieren bereikt kunnen worden:

Door meer zorg in de strafrechtsketen, zowel binnen detentie als qua nazorg en preventie.

Door een geïntegreerd straf-zorgsysteem dat niet meer volgtijdelijk is, maar gelijktijdig door een multidisciplinair team bepaald.

In een derde model zouden straf en zorg beiden terugvallen op hun kerntaak. De strafrechter bepaalt de mate van leedtoevoeging en daarmee de duur van de vrijheidstraf. Een zorgindicator bepaalt parallel hieraan welke de noodzakelijke zorginterventies zijn en daarmee de vorm van de vrijheidsontneming.

Randvoorwaardelijk wordt gesteld dat vrijheidsberoving, verplichte behandeling en strenge controle van daders/patiënten vragen om een grote mate van zorgvuldigheid. Als kanttekeningen bij systeemveranderingen geeft de Raad aan dat er altijd sprake zal zijn van afgrenzingsproblematiek. Immers niet elke delictpleger heeft een psychisch of in ieder geval gedragsmatig probleem, waardoor zich altijd de vraag zal voordoen waar de grens getrokken moet worden tussen stoornis gestuurd gedrag en calculerend gedrag. Daarnaast is een effectieve communicatie met het publiek over de doelstelling van straf en interventies noodzakelijk. Dit zou meer dan op dit moment los van hypes plaats moeten vinden.

Voor de fase na detentie wordt geconstateerd dat er veel te vaak geen aansluitende zorg is. Basisvoorzieningen als huisvesting, identiteitspapieren en uitkering zijn vaak niet op orde, en er is geen of onvoldoende perspectief op zorg en/of een plek in de maatschappij. Men stelt dat de werelden van Justitie en de zorg elkaar nauwelijks of in ieder geval onvoldoende lijken te bereiken. De zorg en het justitiesysteem hebben beiden hun eigen dynamiek en mechanismen, hetgeen leidt tot afstemmingsproblemen.

Daarnaast merkt de Raad op dat men zich niet slechts dient te richten op de mensen die zich in het justitiële systeem bevinden of zijn uitgestroomd, maar ook op mensen met psychiatrische problematiek die gezien hun achtergrond delicten zouden kunnen gaan plegen. De Raad denkt daarbij aan dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek en de groep zorgwekkende zorgmijders. De Raad becijfert deze beide populaties in Nederland op samen ongeveer 20.000 personen (RMO, 2007).

De Raad wijst op de zeer hoge prevalentiecijfers voor psychopathologie in detentie, oplopend tot 70-80% (Bulten, Schoenmaker en Van Zessen, e.a.), in discrepantie met de slechts 15% gedetineerden die aanvullende psychomedische hulp krijgen via PMO en zorgdifferentiaties. Ook wijst de Raad op de hoge recidivecijfers van het gevangeniswezen, waarbij 17% na 1 jaar alweer ingesloten is, 29% na 2 jaar en 66% na 4

jaar weer veroordeeld is voor een nieuw misdrijf, na 8 jaar zelfs 75%. Deze cijfers betreffen zowel reguliere gedetineerden als zorggedetineerden.

Achterliggend bij de toename van psychiatrische problematiek in detentie ziet de Raad ondermeer het sterk toegenomen drugsmisbruik. Dit heeft geleid tot een andere manifestatie van psychiatrische stoornissen in de samenleving met meer agressieve ontsporingen en daarmee delicten.

Mede verantwoordelijk voor de slechte aansluiting van moeilijke groepen bij de zorg benoemt de Raad de versnippering, verkokering en bureaucratie in het zorgaanbod, wat zich uit in ontoegankelijkheid van de zorginstellingen voor deze doelgroepen.

Samenvattend schetst het rapport als problematiek

1. Een (fors) deel van de psychiatrische stoornissen in detentie wordt niet behandeld.
2. Er is een hoge recidivefrequentie van delicten en nieuwe detenties.
3. Begeleiding van ex-gedetineerden is onvoldoende en vaak abstinente.
4. Psychiatrische patiënten met overlastproblematiek (gezien als het voorportaal van Justitie) zijn onvoldoende in beeld bij de hulpverlening.

Als dieperliggende oorzaken worden hiervoor aangevoerd de doorgeschoten vermaatschappelijking en ambulantisering in de GGZ en de afbouw van bedden daar. Dit is weer terug te voeren op de verschuiving van het aangrijpingspunt van zorg van het inrichten van een institutionele omgeving naar individuele eigen verantwoordelijkheid. Dit als uitwerking van het zelfbeschikkingsideaal en de zelfregie, die sinds de 70er jaren prevaleren.

Door dit toenemende beroep op zelfregie in een steeds complexere maatschappij kwamen er echter ook meer uitvallers en daarmee ontstond een toenemende problematiek van dakloosheid, verslaving en criminaliteit. Vaak betrof dit individuen die eerder wel in contact waren met de GGZ. Men concludeert dat er een noodzaak is voor aanvulling op de vermaatschappelijking met contexten van ondersteuning.

De Raad constateert een tendens in het strafrecht richting een sterkere nadruk op vergelding. Men stelt echter vast dat deze doelgroep weinig gevoelig is voor te verwachten zwaardere sancties en dat die nauwelijks toegevoegde waarde hebben met betrekking tot de maatschappelijke veiligheid.

De Raad stelt maatschappelijke veiligheid voor als overkoepelend thema en stelt dat vanuit dit principe er voor deze doelgroep meer nadruk gelegd zou moeten worden op risicoreductie door middel van passende zorginterventies. Een van de mechanismen

zou kunnen zijn het herintroduceren van het bestwil-principe in de wet BOPZ of in haar opvolger. De Raad wijst er op dat in bijvoorbeeld Zweden er geen schuldbeginsel is in het strafrecht, waardoor psychiatrische problematiek van gedetineerden gelijk wordt afgebogen naar de forensische psychiatrie.¹

De Raad stelt dat als maatschappelijke veiligheid via recidiverisicobeheersing het hoofddoel is, de hele straf- en zorgketen hier meer op moet worden afgestemd.

Doelstellingen zouden dan zijn het doorbreken van criminele carrières, het zich richten op de dader, waarmee de daad sec minder relevant zou worden. Dit zou dus ook leiden tot een grotere inbreng van gedragsdeskundigen bij de zitting. Daarmee worden dus meer mogelijkheden bepleit tussen de vrijwillige behandeling en de strafrechterlijke dwang om te komen tot zorginterventies die de maatschappelijke veiligheid bevorderen. Men denkt hierbij aan (in het buitenland ingezette) middelen als een meldplicht, dwangmedicatie, elektronisch toezicht, niet vrijblijvende behandelcontexten. Er wordt hierbij ook een rol gezien voor de reclassering, die bij grotere aantallen psychiatrische justitiabelen betrokken zou moeten zijn naar analogie met bijvoorbeeld Engeland en de Verenigde Staten. Centrale thema's zijn begrenzing en structuur, het vergroten van de motivatie van betrokkene, het participeren in zorginterventies en het bevorderen van de re-integratie van justitiabelen met psychiatrische stoornissen in de maatschappij. Wel acht men alertheid op het risico van verwording tot een karakterstrafrecht² en het ook in een dergelijk systeem aanwezige risico voor afgrenzingproblemen. Als voordeel van een echt nieuw systeem ziet men het kunnen doorbreken van routines in de huidige processen, die hebben geleid tot een forse doelgroep die tussen de twee systemen gemangeld is geraakt. Tenslotte wordt met nadruk gesteld dat in het huidige systeem de periode tot het proces veel actiever gebruikt zou moeten worden naast de periodes binnen detentie en direct na afloop ten behoeve van effectieve interventies.

Impliciet geeft dit rapport een primaat voor risicopreventie en resocialisatie van justitiabelen met psychiatrische problematiek, de oude verbetergedachte.

¹ De enkele vaststelling van (ernstige) psychiatrische stoornis is dan, ongeacht zwaarte delict, voldoende grond voor uitplaatsing naar een forensisch psychiatrische kliniek.

² Hiermee wordt bedoeld een strafrecht dat los van feitelijke delicten maar slechts op basis van gedragskundige eigenschappen als gebrekkige gewetensfunctie, gebrek aan empathie of mate van psychopathie toekomstige delict risico's veronderstelt en vervolgens komt tot oplegging van begrenzende maatregelen.

Dit rapport kwam tot stand op initiatief van de Raad voor de Strafrecht toepassing en Jeugdbescherming (RSJ) zelf naar aanleiding van haar ervaringen met de toetsingsbezoeken aan de penitentiaire inrichtingen. Bij deze bezoeken en in haar rapport stelt de RSJ vast dat de huidige zorg kwalitatief en kwantitatief tekort schiet, ook op de zorgafdelingen. Dit vooral in het licht van de hoge prevalentiecijfers voor psychische stoornissen en verslaving in detentie. Men acht de diagnostiek tekort schieten, de mogelijkheden van behandeling, de informatieoverdracht en de aansluiting op de zorg in de behandelsector. Hierdoor komen de gedetineerden terug in de maatschappij zonder afdoende zorg te hebben ontvangen, wat weer leidt tot recidives. De Raad ziet zorg als afgeleide van de resocialisatieopdracht van het gevangeniswezen, expliciet ook met het oog op recidivevermindering. Er wordt een gedifferentieerd zorgaanbod in detentie bepleit, afgestemd op verschillende stoornissen en de detentiesituatie, met als uitgangspunt het equivalentiebeginsel. Ook de Raad stelt vast dat de doorstroming naar de GGZ tijdens en bij einde detentie meer uitzondering dan regel is en meestal problematisch verloopt. De in 2005 gedane voorstellen van de Commissie Houtman voor centrale indicatiestelling en plaatsingsbevoegdheden voor de minister worden onderschreven. Men stelt daarnaast vast dat aanvullende financiering en indicatiestelling nodig is voor ex-justitiabelen, met name ex-gedetineerden.

Men acht de op dat moment voorgenomen veranderingen in het kader van “de nieuwe inrichting” (de voorloper van het project “Vernieuwing Forensische Zorg”, JCZ) onvoldoende om aan de gesignaleerde knelpunten tegemoet te komen, vooral ook gezien de omvang van de doelgroep. Daarnaast wordt gepleit voor verhoging van het veiligheidsniveau van de GGZ om doorstroming voor psychisch gestoorde justitiabelen vanuit het gevangeniswezen mogelijk te maken. Ook wordt gepleit voor een veel grotere mate van screening op psychiatrische, verslaving- en cognitieve problematiek bij binnenkomst in detentie. Binnen de P.I. wil men de kwaliteit verbeteren door een behandelaanbod vanuit de GGZ te realiseren en specifiek te investeren in de zorg van gedetineerden met een andere culturele achtergrond. Ook wordt onderzoek naar verruiming van de mogelijkheden van zorgverlening onder dwang bepleit.

De Raad bepleit als uitgangspunt dat als er sprake is van zorgbehoefte dit, voor zover de strafvordering dat toelaat, moet prevaleren. Men bepleit ook een meer centrale aansturing van de zorg in detentie om bijvoorbeeld succes van lokale initiatieven snel ook landelijk ingang te doen vinden.

Bespreking knelpunten naar aanleiding van de rapporten

De vijf rapporten en adviezen overziend is er sprake van constanten en ontwikkeling. De grote constante is dat doorstroming vanuit het gevangeniswezen naar vooral (gesloten) klinische voorzieningen van de reguliere Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ), verstandelijk gehandicaptenzorg (VGZ) en in mindere mate verslavingszorg moeizaam tot stand komt. In de eerste rapporten betreft dit voornamelijk de overplaatsingen gedurende de detentieperiode; later wordt toenemend de continuïteit met zorg voorafgaand en vooral aansluitend aan de detentie benadrukt. Steeds wordt toch herhaald en benadrukt dat zorg voor psychiatrisch gestoorde justitiabelen primair dient plaats te vinden binnen en vanuit de algemene reguliere GGZ/VG/Verslavingszorg-voorzieningen en dat dit uitgangspunt moet zijn en niet de uitbouw van een categoriaal forensisch psychiatrisch zorgsysteem.

Waar het rapport van begin 80^{er} jaren spreekt van uitplaatsing van alle patiënten met realiteitstoetsingsstoornissen (de groep met psychotische stoornissen) naar de GGZ, spreekt het tweede rapport van 1991 van overplaatsing van die patiënten voor wie het gevangeniswezen geen behandelaanbod kan genereren. Het rapport van '96 benadrukt vooral de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministeries van VWS en Justitie. Dit wordt belegd in samenwerkingsafspraken en onafhankelijke indicatiestelling, die overigens niet dwingend dienen te worden opgelegd.

Met andere woorden: in de loop van de tijd is er een verschuiving van ideeën waar de volksgezondheidssector het absolute primaat heeft over zorg voor psychisch zieke gedetineerden naar een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Weer later gedeeltelijk afgebakende verantwoordelijkheden voor zowel de justitie als de volksgezondheidspartner en tenslotte een toenemende rol voor justitiële partijen die de forensische zorg deels inkopen bij zorginstellingen. De RMO geeft in haar rapport van 2007 een bredere meer intellectuele analyse van niet aansluitende perspectieven en onderliggende waarden. De RSJ-rapport van 2007 onderschrijft grotendeels de dan recente voorstellen van de commissie Houtman voor een meer bindende centrale indicatiestelling en plaatsing naast financiering van de forensische zorg door Justitie. Aanvullend hierop wil de raad ook de nazorg uit detentie onder justitiële regie brengen waarmee toenemend een keuze wordt gemaakt voor een parallel of complementair justitieel forensisch psychiatrisch circuit.

Opvallend verschil met het huidige tijdsgewricht is het grote therapeutisch optimisme van begin 80^{er} jaren en het destijds gemakkelijk voorbijgaan aan de ook toen gesignaleerde knelpunten in de doorstroming. In retrospect lijkt het een vorm van wensdenken met de penitentiaire inrichting als verbeterinstituut middels opleiding,

psychotherapie en toeleiding naar behandelvoorzieningen. Behandelingen waar welbevinden en persoonlijke groei leidend zouden moeten zijn. De maakbare samenleving ook als het gaat om psychiatrisch zieke justitiabelen. Een reflectie van een gepasseerde tijdgeest.

Een andere ontwikkeling is dat, waar in het oudste rapport nog voornamelijk gesproken wordt van behandeling tijdens detentie, dit in latere rapporten verschuift naar een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gevangeniswezen en GGZ-voorzieningen gedurende de detentie en de aansluitende periode. Het nadrukkelijker erkennen van verslaving als stoornis en behandelfocus komt pas in de latere rapporten nadrukkelijk naar voren. Ook worden de tekortschietende mogelijkheden voor het bieden van begrenzing en het taboe op paternalisme in de maatschappij dan geproblematiseerd. De RMO betreft in 2007 ook de ‘zorgwekkende zorgmijders’ als voorportaal van de penitentiaire psychiatrische zorg in haar analyse. Er wordt dus geleidelijk een meer longitudinaal perspectief gekozen, uitgedrukt in patiëntencarrières en detentiecarrières.

Opvallend is ook hoe tijdgebonden de gekozen oplossingen zijn: een primaat van psychotherapie voor alle doelgroepen met een groot optimisme over de te behalen resultaten rond 1980, een programmatische ordening van voorzieningen rond 1990 en gezamenlijke verantwoordelijkheid en niet afdwingbare samenwerking van Volksgezondheidstructuren en gevangeniswezen in 1996. De dominante opvattingen over de GGZ in de verschillende episoden lijken gereflecteerd in de gedachte oplossingen voor de slechte aansluiting van Justitiestructuren en VWS-structuren. Dit wordt in de laatste twee rapporten losgelaten, mogelijk omdat deze commissies vooral bestonden uit juristen en sociologen en er weinig psychiaterinbreng was.

Paradoxaal is dat, ondanks het vooral initieel steeds gekozen uitgangspunt om primair een beroep te doen op voorzieningen in de algemene GGZ, er in de periode sinds 1980 een gestage opbouw was van categorale forensische voorzieningen. In het gevangeniswezen met een grote toename van daar werkzame psychiaters, en psychologen en toename van aantallen zorgafdelingen en de differentiatie daarvan. Daarnaast een grote toename van forensisch psychiatrische behandelvoorzieningen buiten het gevangeniswezen. Dit laatste gaat dan om zowel de TBS-klinieken, de Forensisch Psychiatrische Klinieken en forensische afdelingen, dagbehandelingen en poliklinieken. De forensisch psychiatrische afdelingen zijn weliswaar ingebed in de algemene psychiatrieinstellingen, maar daarbinnen toch als bovenregionale voorziening met een specifieke doelgroep, betrekkelijk los van de rest van de betreffende GGZ-instelling functionerend. Met de in het RSJ-rapport onderschreven

voorstellen van de commissie Houtman lijkt deze trend naar de opbouw van een complementair forensisch behandelcircuit in de huidige periode (2008-2010) versterkt door te zetten.

Concluderend kan worden vastgesteld dat ondanks een uitgezette en steeds bevestigde lijn in alle rapporten en beleidsdocumenten om geen categoriaal forensische psychiatrie uit te bouwen, die in 2008 toch uitgegroeid is tot een toenemend eigenstandige sector, die betrekkelijk autonoom en los functioneert van de reguliere zorgvoorzieningen. Dit zowel in de gerechtspychiatrie, de penitentiaire psychiatrie als de forensische (behandel)psychiatrie.

Daarnaast dat ondanks het uitgangspunt dat ernstige psychiatrische problematiek vanuit het gevangeniswezen uitgeplaatst zou moeten worden naar de GGZ en ondanks de vele initiatieven en modellen (programmatisch ordenen van voorzieningen, benadrukken van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van justitiepartners en VWS-partners, circuitvorming en niet bindende samenwerking en indicatiestelling in de doorstroom en uitstroom) deze doorstroming zeer beperkt blijft en nauwelijks is toegenomen.

Ook is toenemend duidelijk (ondermeer dit proefschrift hoofdstuk 5) dat ook aan detentie aansluitende zorg zeer moeizaam tot stand komt.

Wel is er een verbetering van de basale psychiatrische zorg in detentie door meer differentiatie van detentieafdelingen en toename van inzet en professionalisering van psychologen en psychiaters in de P.I.'s. Deze verbetering is meer bottom-up vanuit het veld dan door eenduidig beleid tot stand gekomen.

Vanuit overwegingen van maatschappelijke veiligheid en recidivereductie, de moderne vormgeving van de 19^e-eeuwse verbetergedachte, wordt het belang van adequate forensisch psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie onderstreept en gelegitimeerd.

Een ontwikkeling die met de plannen voor het opzetten van een vijftal penitentiaire zorgcentra en door justitie ingekochte detentieplaatsen bij zorginstellingen verder lijkt vorm te krijgen.

Er wordt uit deze analyses in geen van deze rapporten de conclusie getrokken dat langdurige begrenzendende zorg voor gedragsproblematische psychisch zieke (ex)justitiabelen primair binnen het justitiële domein of vanuit een justitiële regie moet plaats vinden. Dit ondanks dat er toenemend een tendens is dat alleen justitie langdurige verdergaande vormen van dwang in een behandeling kan legitimeren. Ik wil hierop in de conclusies van mijn proefschrift op terug komen.

2.6 *Het concept ‘Quality of life’, ‘kwaliteit van leven’*

‘Quality of life’ is een uitkomstmaat die na de Tweede Wereldoorlog toenemend een plaats heeft gekregen in het medisch en sociaal onderzoek met name als parameter voor de ervaren belasting die uitgaat van ziekte en handicap. Dit naast de klassieke uitkomstmaten van mortaliteit (overlijden) en morbiditeit (de aanwezigheid van ziekte). Deze uitkomstmaat kwam mede voort uit de in 1947 door de WHO (World Health Organisation) geformuleerde definitie van gezondheid als fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Ook de verschuiving van zorgverlening in ziekenhuizen naar ambulante vormen van zorg speelde een rol in het toenemende belang van het concept ‘Quality of life’. Daarnaast is het ook een uitkomstmaat voor de winst die behandelingen geven en de belasting die uitgaat van die behandeling. Niet verbazingwekkend dat dit concept vanaf de vroege 60er jaren gebruikt en verder ontwikkeld werd bij de (chemotherapeutische) behandeling van kanker.

De laatste 30 jaar is ‘Quality of life’ ook toenemend in de psychiatrie gebruikt als uitkomstmaat, in beperkte mate ook in de forensische psychiatrie.

In de loop van de jaren is het concept geëvolueerd naar een volledig subjectieve basis, de beleving van de patiënt en niet zoals eerder de inschatting van de dokter, over verschillende levendomeinen.

Sinds ongeveer 30 jaar wordt er ook in onderzoek in de psychiatrie gewerkt met ‘Quality of life’ als uitkomstmaat en blijken zowel As-I stoornissen, As-II stoornissen en verslavingen een grote impact te hebben (Masthoff en Tompenaars, 2006).

Interessant is dat met dit concept de belasting van verschillende ziektecategorieën kan worden gemeten en vergeleken. Maar ook de belasting van dezelfde ziektecategorie in verschillende contexten. In hoofdstuk 4 van dit proefschrift zal gekeken worden naar de ‘Quality of life’ in detentie in relatie tot stoornissen en een aantal andere variabelen.

Daarnaast zal ook een vergelijking gemaakt worden met eerder onderzoek naar ‘Quality of life’ in een ambulante psychiatrische populatie en in de algemene bevolking. Onder erkenning van de beperkingen van een dergelijke benadering kunnen mogelijk uitspraken gedaan worden over de verschillen in de populaties in de verschillende contexten. Specifiek is er aandacht voor de vraag of de detentiesetting leidt tot een toe- of afname van de kwaliteit van leven. Dit ook in het licht van de vaak veronderstelde negatieve impact van verblijf in penitentiaire inrichtingen voor justitiabelen met een psychiatrische stoornis.

3. Schizofrenie in de gevangenis

Prevalentie, achtergronden, kenmerken naast mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling in detentie.

J.C. Zwemstra, B.H. Bulten en P.J.A. van Panhuis

Samenvatting

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen komen veel voor in de gevangenis. Dit artikel bespreekt de toenemende prevalentie en de achterliggende redenen daarvoor. Er wordt aangegeven waarin deze subgroep psychotische patiënten zich onderscheidt van klinisch opgenomen en ambulante populaties. De organisatorische vormgeving, de mogelijkheden en beperkingen van psychiatrische zorg in gevangenissen worden besproken. Afgerond wordt met een aantal aanbevelingen om de zorg voor deze serieus zieke patiënten te verbeteren.

Gezien het feit dat dit artikel al zes jaar terug gepubliceerd is is nog een naschrift toegevoegd waarin de bevindingen en conclusies tegen het licht wordt gehouden van de recente internationale literatuur.

Geplaatst in MGv 2003/1, blz. 53-63

Inleiding, enkele cijfers

In dit artikel beogen wij vanuit de praktijk en ondersteund door wetenschappelijke literatuur enerzijds de populatie van de schizofrene en psychotische justitiabelen in detentie te beschrijven en daarnaast de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling in een detentiesituatie. Vervolgens passeren een aantal overwegingen waarom de huidige zorgkaders voor deze groep tekort schieten. Dit resulteert in enkele aanbevelingen om de zorg voor deze groep ernstig zieke psychiatrische patiënten te verbeteren.

De grote en toenemende aantallen schizofrenen en psychotici in gevangnissen en Huizen van Bewaring werden de afgelopen jaren zowel door FPD¹ psychiaters gemeld als door meerdere prevalentie studies in zowel binnen- als buitenland bevestigd (de Vrugt 2000, Bulten 1999, Anderson e.a. 1996). Een prevalentie cijfer van 5 tot 7% wordt gevonden, wat ongeveer het 10-voudige is van de prevalentie in de algemene bevolking voor schizofrenie. Deze ongeveer tienvoudige prevalentie in detentie werd ook elders gevonden (Birmingham, 1996).

Omgerekend op 12.500 cellen (2002) voor de volwassenendetentie in Nederland komt dit op rond de 750 psychotische, veelal schizofrene patiënten in een detentie situatie. Bij een gemiddelde detentieduur in Nederland van 4 maanden betekent dit dat jaarlijks ongeveer 2000 psychotische patiënten met een detentie worden geconfronteerd. In de TBS klinieken bedraagt de prevalentie van psychotische stoornissen op dit moment ruim 30% (Van Panhuis, 1997; Van Emmerik 1999). Ook voor het TBS-veld geldt dat deze prevalentie cijfers beduidend hoger zijn dan tot voor 2 decennia gebruikelijk was (Van Panhuis, 1997). Hoewel er ons geen harde gegevens bekend zijn voor de aantallen schizofrene patiënten op gesloten afdelingen van PAAZ'en, MFE'en en in APZ's betekent dit mogelijk dat er ongeveer vergelijkbare aantallen psychotische patiënten op gesloten plaatsen in de reguliere GGZ zitten als in de (bijna) per definitie geslotenheid van de Penitentiaire Inrichtingen, FPK's en de TBS klinieken.

Uit deze cijfers kan een tendens worden gedestilleerd van een verschuiving van de (gesloten) zorg voor gedragsproblematische schizofrene patiënten van de klassiek onder VWS vallende zorgkaders naar meer justitiële beheerskaders. Vergelijkbare processen zijn ook in het buitenland gevonden (Taylor e.a. 1998).

Meerdere auteurs (Widdershoven e.a. 2000, Van Veldhuizen 1998, Van Panhuis 1997) suggereren daarbij dat de cesuur hierbij ligt rond 1980 met sindsdien een toenemende nadruk op de waarden "zelfbeschikking" en "autonomie" van het individu, zich onder andere uitend in het los laten van het bestwil criterium bij opname en behandeling in de

¹ FPD Forensisch Psychiatrische Dienst voorheen DPD, nu NIFP.

GGZ en een sterke afbouw van de gesloten behandelcapaciteit voor volwassen patiënten, naast een vrijwel wegvallen van de custodiale functie van de verblijfspsychiatrie. Er zijn echter ook auteurs die dit relativeren (Kortmann 2000).

Om de gedachten te bepalen eerst een casus.

De heer A. is al 5 maanden gedetineerd in verband met een steekpartij met onduidelijke achtergrond. Hij verblijft nu in de derde penitentiaire inrichting. In beide vorige inrichtingen waren er meerdere keren incidenten in de zin van een handgemeen met medege-detineerden en/of bewakers, waarna strafcelplaatsingen volgden. Ook in het huidige Huis van Bewaring is er weer een vechtpartij. Het blijkt daarnaast dat hij ook al eens een pot pindakaas tegen de muur heeft gegooid en tweemaal de afstandsbediening heeft vernield.

Als de eerste auteur betrokkene ziet, gaan de ogen van betrokkene onrustig langs de wanden en het plafond van de cel, maar vooral richting deur. Desgevraagd erkent de man bang te zijn dat hij wordt afgeluisterd. Hij maakt gretig gebruik van het aanbod om achter de deur te gaan kijken. Betrokkene vertelt dan ook dat er voortdurend over hem gepraat wordt; zo wordt er over gesproken dat hij homoseksueel zou zijn. De afstandsbediening gooide hij tot tweemaal toe kapot in verband met speciaal voor hem bedoelde boodschappen op de televisie. Daarnaast klaagt hij over stemmen.

Betrokkene zegt deze klachten sinds een half jaar te hebben en eerder nooit dergelijke klachten te hebben gehad. Eerste auteur is ook de eerste psychiater die hij ziet.

Diagnostisch gaat het om een paranoïd hallucinatoire toestandsbeeld dat al een half jaar bestaat, maar dat niet eerder herkend werd. Gezien deze lange duur voldoet het beeld aan de criteria voor de diagnose schizofrenie.

Er wordt gestart met medicatie, welke de man met veel moeite vertrouwt, en er wordt hem uitleg gegeven over wat een psychose is en betekent. Bij revisies twee en vier weken later blijkt het psychotische beeld geleidelijk in ernst af te nemen.

De pathologie van de populatie nader beschouwd

Tot in hoeverre zijn schizofrene c.q. psychotische gedetineerden een specifieke subpopulatie van de totale groep schizofrenie patiënten? Op één punt zijn ze in elk geval hetzelfde: het voldoen aan de criteria voor het stellen van de diagnose 'schizofrenie' of een andere psychotische stoornis volgens de DSM-IV.

Er zijn geen duidelijke criteria waarmee deze groep te onderscheiden is als een duidelijk afgegrensde subpopulatie, zodanig dat deze subgroep op enig moment in een penitentiair/forensisch circuit terecht komt, terwijl een andere subgroep in zorg is bij de

algemene psychiatrie en een derde groep meer gesitueerd is in het dak- en thuislozen circuit. Het enige onderscheidende gegeven is dat het delinquent gedrag dermate ernstig was dat de rechterlijke macht, al dan niet bekend met de aanwezige psychiatrische stoornis, een detentie opgelegd heeft.

Toch zijn er kenmerken die in deze subpopulatie méér voorkomen dan in de algemene psychiatrie:

Drugsmisbruik. Onze indruk is, en ook uit onderzoek blijkt (Bulten, 1998, Schoenmaker en van Zessen 1997, de Vrugt 2000) dat vrijwel alle schizofrene gedetineerden minstens een periode soft- en regelmatig ook harddrugs gebruikt hebben. Vaak als zelfmedicatie, dat wil zeggen ter demping van angst, onrust, leegheid en onwelbevinden samenhangend met hun ziekte. Dit lijkt bij in de algemene psychiatrie in behandeling zijnde psychotische patiënten voor een beduidend minder groot percentage te gelden. Drugsgebruik is overigens mede daarom zo relevant, omdat met name amfetaminen, cannabisproducten en cocaïne kunnen leiden tot luxatie of versterking van de psychotische symptomatologie (Linszen en Dingemans 1994, Borum e.a. 1997).

De mate van ontworteling. Dat wil zeggen: het vrijwel volledig afwezig zijn van hulp- en steunsystemen (ouders, vrienden, collega's, huisgenoten) lijkt frequenter voor te komen bij deze subpopulatie dan in de algemene psychiatrie. Oei wees erop dat er vaak sprake is van illegale buitenlanders zonder enig steunsysteem (Oei, 2000)

Een moeilijker herkenbaarheid. Het gaat regelmatig niet om klassieke, bloeiende, evident paranoïd-hallucinatoire toestandsbeelden. Die zijn blijkbaar meestal in een eerder stadium al naar de algemene psychiatrie gesluisd. Relatief vaak wordt het beeld mede 'gekleurd' door persoonlijkheidsproblematiek en/of een onthecht dysfore schijnidentiteit als copingstijl.

Afwezig ziektebesef en ontbrekend ziekte-inzicht, klassieke symptomen bij een deel van de schizofreniepatiënten, lijken in de detentiesituatie frequenter aanwezig te zijn dan in de algemene psychiatrie (Fuller Torrey, 1997). Samenhangend daarmee is de bereidheid tot het (consequent) gebruiken van de noodzakelijke medicatie vaker dan in een GGZ-populatie beperkt. In boven aangehaald onderzoek van Borum (1997) wordt beschreven dat geweigerde medicamenteuze behandeling in combinatie met drugsgebruik geassocieerd is met de hoogste prevalentie cijfers van agressie bij psychotische stoornissen.

Agressie, van verbale vormen tot het dodelijk steken met messen vanuit paranoïdie en/of imperatieve hallucinaties, komt volgens een *overview* in de Archives of Psychiatry (6-96), bij schizofrenen vijf maal vaker voor dan in de normale populatie (Marzuk 1996; zie ook Swanson e.a. 1996, Citrome e.a. 1999, Van Panhuis en Dingemans 2000). In een actief psychotische fase met actueel drugsgebruik zelfs 17 maal vaker

(Marzuk 1996). Het is daarmee dus aannemelijk dat de subgroep gedetineerde schizofrene patiënten tot meer en ernstiger agressieve daden samenhangend met ziekte komt dan die in de algemene psychiatrie.

De penitentiaire setting

Toen de eerste auteur voor het eerst in een Penitentiaire Inrichting (P.I.) kwam werken, was het eerste wat opviel de vele overeenkomsten met een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

Een groot instituut, met destijds ongeveer 600 cellen, paviljoensgewijze gebouwd met allemaal éénpersoons cellen, voorzieningen voor dagstructurering, sport- en creatieve voorzieningen, medische en psychologische voorzieningen, afzonderingsruimten voor problematische gedetineerden en “de gesloten deur”. De omgang met de gedetineerden wordt primair gekenmerkt door structuur en duidelijkheid, ook elementen die in de gesloten psychiatrie niet onbekend zijn.

Er zijn natuurlijk ook duidelijke verschillen. Allereerst is de maatschappelijke functie van het gevangeniswezen de detentie van justitiabelen en niet de behandeling van psychiatrische patiënten. De primaire taakstelling van de intrapenitentiaire medisch-psychiatrische zorg is de beperking van de schade door de detentie, en niet behandeling en rehabilitatie zoals in de GGZ. Verder zijn penitentiaire inrichtingswerkers (=bewaarders) geen mensen met een B-verpleegkundige of SPV-achtergrond. Bij opvallend gedrag rapporteren zij dat iemand een “vreemde vogel” is of dat hij er buiten valt in de groep; ze zijn niet opgeleid om paranoïdie of hallucinaties te herkennen. Dit leidt er nog al eens toe dat het langere tijd duurt alvorens met name de rustiger psychotische patiënten in detentie herkend worden en een behandel- c.q. begeleidingstraject kan worden gestart.

Ook zijn penitentiaire inrichtingswerkers niet opgeleid om met schizofrene justitiabelen om te gaan. Het is sterk afhankelijk van de belangstelling en affiniteit van individuele werkers hoe er met psychotische gedetineerden wordt omgegaan.

Bijzondere zorg afdelingen (BZA's), Individuele Begeleidings Afdelingen (IBA's) en de FOBA ondervangen dit probleem gedeeltelijk (detentieregimes kunnen daar worden geïndividualiseerd en in beperkte mate kan er enige opleiding worden gegeven met betrekking tot het werken met psychiatrische patiënten), echter er blijft een primaat van de detentiefunctie tenzij pathologie- en zorgaspecten alles dominerend zijn.

Ook bij de andere, voor deze patiëntengroep relevante disciplines, geldt dat er een wisselende affiniteit en deskundigheid is met de problematiek van psychotische patiënten. Slechts een deel van de verpleegkundigen heeft een psychiatrie-achtergrond

en slechts een deel van de reclasseringswerkers heeft een specifieke opleiding in de klassieke psychopathologie of ervaring in de algemene psychiatrie. Voor de psychologen in de P.I.'s geldt dat dit sinds de introductie van de eis tot registratie als GGZ-psycholoog voldoende geborgd is.

Voor alle disciplines geldt dat er in met name de klinische GGZ relatief meer tijd per patiënt beschikbaar is en dat de organisatorische en gebouwelijke structuur daar meer op de zorg cq. de psychiatrisch patiënt is afgestemd.

Een verschil vormt ook de juridische behandelcontext. In de GGZ zijn dat de WGBO en de BOPZ, welke laatste onder strikte voorwaarden dwangmedicatie mogelijk maakt. Ook in de detentiesituatie geldt de WGBO en daarnaast sinds 01.01.1999 de (nieuwe) Penitentiaire Beginselen Wet. Deze laatste maakt dwangmedicatie ook in detentie mogelijk maar door de afwezigheid van randvoorwaarden als voldoende psychiatrisch verpleegkundigen voor controle op bijwerkingen als dystonie etc. wordt hier slechts zeer terughoudend gebruik van gemaakt met uitzondering van de FOBA (Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling, de psychiatrische observatie afdeling van het gevangeniswezen met 66 plaatsen), waar het vereiste zorgniveau wel aanwezig is. Daarnaast speelt de principiële afweging of dwangmedicatie wel in een penitentiaire inrichting thuis hoort.

Gedetineerde psychiatrische patiënten, die door gebrek aan ziekte-inzicht weigeren om medicatie te gebruiken, blijven om deze redenen vaak langdurig psychotisch in hun cel, met alle schadelijke lange termijn gevolgen, zoals toename van negatieve symptomatologie (De Haan e.a. 1999).

Het laatste belangrijke verschil dat wij willen noemen betreft de feitelijke onmogelijkheid van echte continuïteit van zorg (andere psychiater, andere hulpverleningsinstelling, ander behandelplan, ander behandelkader), zo belangrijk voor deze patiëntengroep. De bemoeienis van de penitentiaire gezondheidszorgvoorzieningen stopt zodra de detentie afloopt, zodat overdracht van de patiënt aan de algemene GGZ van de eigen regio noodzakelijk is. Het moment van beëindigen van de detentie is soms heel duidelijk, soms ook niet. De vrijlating wordt vervroegd, de voorlopige hechtenis geschorst, de betrokkene wordt vrijgesproken en dezelfde dag volgt onvoorbereid ontslag zonder duidelijke kaders voor vervolgzorg. Huizen van Bewaring werken vaak grotendeels voor een specifieke regio en hebben dan een zeker netwerk en daardoor nog enige mogelijkheden voor een verwijzing naar de algemene GGZ; gevangenis hebben vaak een landelijke functie en dan ligt aansluitende zorg en een goede overdracht nog moeilijker. Voordeel van een gevangenis is dat de datum van invrijheidstelling veelal duidelijk is.

Als de aansluiting op de reguliere psychiatrie niet tot stand komt is het risico voor een exacerbatie of recidief van de in detentie gestabiliseerde psychose relatief groot en daarmee veelal ook het risico op hernieuwd met de psychose samenhangend delictgedrag.

De mogelijkheden tot behandeling tijdens detentie

De organisatorische vormgeving van de zorg voor deze groep binnen de penitentiaire inrichtingen krijgt gestalte middels een wekelijks Psycho Medisch Overleg (PMO) waarin participeren de inrichtingsarts en verpleegkundige van de medische dienst, de inrichtingspsycholoog, de maatschappelijk werker van de reclassering en de psychiater van het NIFP (Nederland Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie). Van hieruit wordt de zorg gecoördineerd en geïnitieerd, leidende tot ± 13.000 psychiatrische zorgconsulten (Frisregistratie, 2007) ¹ en ± 50 tot 75.000 psychologische consulten (schatting auteurs) in de penitentiaire inrichtingen.

In de eerste helft van 2001 werd 32% van de eerste psychiatrische consulten gevraagd in verband met psychotische problematiek, een duidelijke stijging ten opzichte van de 27% in de eerste helft van 2000 (FRIS-registratie: 2001), waarvoor dan vrijwel altijd antipsychotische medicatie wordt voorgeschreven. Naast individuele zorg wordt via de samenwerking van de PMO leden bijgedragen aan het instellen en handhaven van een klimaat waarin mensen met psychische stoornissen zo goed mogelijk kunnen functioneren, b.v. via uitleg over psychische symptomen aan bewaarders en gevangenisdirecteuren.

Eerste stap, en hoeksteen van de behandeling van psychotische gedetineerden, is (net als in de ambulante- en ziekenhuissituatie) de antipsychotische medicatie, met daarnaast uitleg over de ziekte en daaruit voortvloeiende mogelijkheden en beperkingen, en voorlichting over de effecten van drugs en met name de veel gebruikte cannabis. Qua bejegening wordt er gestreefd naar een regime met gedoseerde prikkels waarin zowel onder- als overstimulatie wordt voorkomen en waarin de veelal sterk verminderde weerbaarheid van de betrokkene enigszins wordt verdisconteerd. Dit laatste gebeurt zo mogelijk op de Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA's) of Individuele Begeleiding Afdelingen (IBA's) van de penitentiaire inrichtingen.

Bij weigering van medicatie of onvoldoende verbetering wordt gepoogd de betrokken gedetineerde over te plaatsen naar een voorziening met een hoger zorgniveau binnen of buiten het gevangeniswezen (FOBA, FPK, APZ). Helaas komt het echter ook

¹ FRIS: Forensisch Registratie en Informatie Systeem, het registratie systeem van het NIFP.

regelmatig voor dat psychotische gedetineerden met acting-out problematiek op beheersafdelingen (afdelingen voor niet primair op basis van psychopathologie gedragsproblematische gedetineerden) geplaatst (moeten) worden bij gebrek aan doorplaatsingsmogelijkheden met een hoog zorgniveau.

Beperkingen van de behandeling tijdens detentie

In detentie is voorlichting met betrekking tot de ziekte en de daaraan verbonden beperkingen moeilijker realiseerbaar dan in een ambulante behandelsituatie of in een ziekenhuis. Vaak is er diagnostisch nog geen definitieve duidelijkheid over het soort psychiatrische problematiek, door bijvoorbeeld de interferentie van recent (staken van) drugsgebruik en het ontbreken van een goede hetero-anamnese. Psycho-educatie van familie blijkt in de praktijk, alleen al door gebrek aan mankracht, vrijwel onmogelijk. Daarnaast kan in vergelijking met ziekenhuis- of gezins/partnercontext minder goed gevolgd worden hoe de betrokken schizofrene gedetineerde reageert op ‘slecht nieuws’ als binnen de gevangenis voor het eerst wordt uitgelegd wat de diagnose schizofrenie inhoudt. Dit mag niet leiden tot suïcidale tendensen of gedrag. Daar staat tegenover dat het vaak als een opluchting wordt ervaren als de klachten een kader krijgen.

Regelmatig gaat het om eerste, niet eerder herkende, psychosen. Meestal is het zinvol om de klachten als een psychose te labelen, met een risico voor toekomstig recidief, en te bespreken wat men kan doen om de kans op recidief te verkleinen.

Na de acute fase volgen in de algemene psychiatrie vaak behandelvormen om de ik-structuur te versterken om zo ook op die manier de kans op een psychose recidief te verminderen (van Goldsteintrainingen tot specifieke psychotherapeutische methodieken). Deze behandelvormen zijn in de detentiesituatie alleen al door gebrek aan mankracht nauwelijks mogelijk en vinden daar dan ook weinig plaats.

In de laatste fase van de detentie is het zinvol om te bekijken of de betrokkene na detentie huisvesting of anderszins onderdak heeft. Zo niet, dan is het van belang hem of haar via de reclassering op het spoor van een psychiatrisch ziekenhuis, pension of lokale projecten te zetten. Ook aansluitende zorg bij een GGZ instelling of huisarts is veelal geïndiceerd. Regelmatig is dit echter moeizaam te realiseren. Een telefonische melding of kopie van relevante correspondentie naar de huisarts en/of de toekomstige behandelaar over de psychiatrische aspecten tijdens de detentieperiode is een middel om vanuit de penitentiare inrichting een bijdrage te leveren aan continuïteit van zorg (indien er een huisarts of toekomstig behandelaar is en betrokkene hiervoor toestemming geeft).

Mogelijkheden voor behandeling buiten detentie

De penitentiaire beginselenwet kent verschillende mogelijkheden om behandeling van psychiatrische problemen tijdens detentie ook buiten de penitentiaire inrichting mogelijk te maken, net als van bijvoorbeeld somatische problematiek als een blinde darmontsteking.

Artikel 15, lid 5 van deze wet bepaalt dat een gedetineerde naar een psychiatrisch ziekenhuis kan worden overgebracht om daar zolang als noodzakelijk is te worden verpleegd. De indicaties hiertoe worden vastgesteld door de FPD-psychiater, de beslissing ligt bij de gevangenisdirecteur en de selectiefunctionaris. In de praktijk zijn de penitentiaire autoriteiten veelal bereid om beargumenteerde indicaties over te nemen. De bereidheid tot overname van de betreffende gedetineerden in een algemene of forensische GGZ-instelling blijkt echter vaak zeer moeizaam. De tekorten aan gesloten behandelbedden in deze instellingen, naast huiver voor psychiatrische problematiek met mede een justitiële kleur bij de algemene GGZ-instellingen, spelen daarbij een rol. Vergelijkbare barrières spelen overigens ook in veel andere Europese landen (Blaauw e.a., 2000)

De indicatie voor een gesloten afdeling ligt daarbij meestal in de ernst van het psychiatrisch toestandbeeld, en is niet vereist in verband met de doorlopende detentie, zoals vaak gedacht wordt. Als een op deze basis geplaatste gedetineerde de afdeling zou willen verlaten en daarbij een gevaar is voor zichzelf, anderen of de openbare orde, is ook dan een BOPZ-maatregel noodzakelijk om de betreffende patiënt/gedetineerde in het ziekenhuis te houden.

Een andere mogelijkheid om behandeling buiten detentie mogelijk te maken is het in de penitentiaire beginselenwet geïntroduceerde penitentiaire programma (artikel 15, lid 2) aan het einde van de detentie.

In de praktijk wordt deze constructie veel meer gebruikt voor arbeidstoeleiding en sociale reïntegratie dan voor inkadering van behandelingen. Eisen voor een penitentiair programma zijn dat alle openstaande boetes zijn betaald (vaak niet het geval bij psychotische gedetineerden), dat er een behandel/activiteitenwerkprogramma is van minstens 26 uur, en dat het gaat om maximaal de laatste zes maanden van een opgelegde detentie.

Dit laatste maakt dat behandeling in het kader van een penitentiair programma slechts voor een beperkte groep psychotische gedetineerden met een lange opgelegde straf een mogelijkheid is. Een minstens zo groot probleem is om een GGZ-instelling, algemeen of forensisch, bereid te vinden om een dergelijk programma voor die individuele gedetineerde met zijn specifieke pathologie en zorgbehoefte in die precies omschreven tijdsperiode vorm te geven.

Dit vergt vaak ook veel overleg, uitgebreid toegelichte schriftelijke aanmeldingen en een persoonlijke bekendheid met de intakefunctionaris.

Om al deze redenen is het penitentiair programma tot op heden vooral een theoretische constructie waarvan in de praktijk slechts beperkt gebruik wordt gemaakt voor de behandeling en de bevordering van continuïteit van zorg van psychotische gedetineerden.

Beschouwing en conclusies

De prevalentie van schizofrene en psychotische stoornissen in het gevangeniswezen en gesloten justitiële zorginstellingen is hoog en lijkt stijgende.

Dit hangt mede samen met de huidige wetgeving en cultuur rondom de algemene psychiatrie die sterk is gekleurd door de nadruk op autonomie en rechtsbescherming van het individu, (ook van zieke individuen zonder ziekte-inzicht) en relatief minder op bescherming en zorg voor ernstig psychiatrisch zieke patiënten. Ondanks recent opkomende discussies en initiatieven over ambulante dwangbehandeling en kwaliteitscriteria voor dwangtoetsing vanuit GGZ Nederland en VWS lijkt het primaat van de rechtsbescherming nog zodanig dat de kaders waarschijnlijk op korte termijn niet substantieel zullen worden bijgesteld door de wetgever en/of de GGZ directie van VWS. Er zullen daarom in de Huizen van Bewaring en in de gevangenissen ook de komende jaren veel psychotische en schizofrene patiënten terecht blijven komen. Om het aantal psychotische gedetineerden op de middellange termijn terug te dringen zal niet te ontkomen zijn aan heroverweging van delen van de BOPZ, zodanig dat het recht op zorg van psychisch zieken (ook bij afwezig ziektebesef) en de zorgplicht van individuele behandelaren en GGZ-instellingen zwaarder worden aangezet, zo nodig ten koste van de nu zo centraal gestelde rechtsbescherming bij iedere vorm van dwang en/of drang. Of dit vorm krijgt door herinvoering van een geclausuleerd bestwil-principe of anderszins mogelijk is valt buiten het bestek van dit artikel. Ook kan gesteld worden dat de ontmanteling van de grote oude psychiatrische eenheden (APZ's) en de introductie van veelal kleine MFE's met zeer beperkte aantallen gesloten bedden voor deze groep een minder gelukkige beleidslijn was, en hierop eigentijdse correcties noodzakelijk zijn.

Qua patiënten gaat het om een relatief problematische subgroep van de schizofrene populatie, op groepsniveau met name gekenmerkt door relatief meer gedragsproblemen, meer co-morbiditeit, meer sociale deterioratie, meer drugsgebruik en minder ziekte-inzicht.

Wat betreft de penitentiare setting kan gesteld worden dat deze op een aantal punten basaal voldoet voor deze groep in de zin van duidelijkheid, structuur en basale medisch-psychiatrische zorg. Anderzijds blijft het bij basale faciliteiten: de behandeling is minder gedifferentieerd, minder intensief en beperkt zich veelal tot stabilisatie van de positieve symptomatologie. De aansluiting naar zorg na de detentiefase is veelal moeizaam. Gezien de vaak geringe affiniteit van de reguliere GGZ met zowel het penitentiare milieu als de forensische psychiatrische populatie, met uitzondering soms van het hogere management en hogere ambtelijk niveau (financiële prikkels), lijkt versterking van de zorg voor deze groep binnen detentie vooral te moeten komen van versterking van de intrapenitentiare zorgstructuur. Dit enerzijds door het creëren van meer ‘zorgplaatsen’ in het gevangeniswezen zoals FOBA-, IBA- en BZA-cellen, eventueel het opzetten van een penitentiaal psychiatrisch ziekenhuis zoals geopperd door collega Lucier van de Hoofdinspectie, maar in ieder geval door verkleining van het grote gat aan personele inzet van psychologen/psychiaters/psychiatrisch verpleegkundigen/maatschappelijk werkers tussen gesloten GGZ-settingen en de zorgsettingen van het gevangeniswezen.

Voor de periode na detentie is onmiddellijk aansluitende zorg (continuïteit) veelal geïndiceerd. De justitiële zorg vanuit de gevangenispsycholoog en de NIFP-psychiater stopt en het lijkt geen gewenste ontwikkeling dat deze een soort gevangenispoli voor ex-gedetineerden gaan opzetten als derde parallelle behandelcircuit. De reclassering heeft als zij bij de betreffende gedetineerde betrokken zijn, een actieve begeleidende rol, echter het zijn geen GGZ-behandelaren, zodat hun rol voor wat betreft behandeling ligt op het bevorderen van het tot stand komen van contact met de regionale of forensische GGZ-instellingen. Een faciliterende rol in deze toeleiding kan uitgaan van de in steeds meer regio's functionerende forensisch psychiatrische netwerken die zelf echter geen behandelinstellingen zijn. Aansluitende behandeling met een perspectief van langdurige continuïteit van zorg kan daarmee vrijwel alleen komen van de regionale GGZ-instellingen met hun brede palet aan mogelijkheden die veelal ondergebracht zijn in hun zorgprogramma's voor psychotische stoornissen. Specifieke forensische voorzieningen voor psychotische patiënten klinisch, dagklinisch en poliklinisch, zijn tenslotte in de meeste regio's niet beschikbaar en hebben ook niet dit volledige palet aan mogelijkheden.

Daarom zou voor de periode na detentie, veel drempellozer dan nu gebeurt, zonder indicatiecommissies en bureaucratische procedures, het in ieder GGZ regio zo moeten zijn dat voor deze psychiatrisch ernstig zieke en geïnvaleerde patiënten, die bovendien veel hinder en schade berokkenen aan derden, er onmiddellijk aansluitend aan hun detentie contact is met een GGZ professional. Deze kan dan beoordelen of en

zo ja welke ambulante, dagklinische of klinische zorg noodzakelijk is voor deze patiënt/ex-gedetineerde en tot in hoeverre daarbij een civiele drang- of dwangconstructie geïndiceerd is. Zo nodig kan dat al plaatsvinden voor het einde van de detentie waarbij de achterliggende ratio zou moeten zijn dat de GGZ van de eigen regio op een actieve, zelfinitiërende wijze de zorgverantwoordelijkheid neemt voor de psychotische en/of schizofrene patiënten van de eigen regio. Dit zowel ter vermindering van het lijden van die patiënten (en hun omgeving) als ter doorbreking van een heilloze cirkel van met ziekte samenhangend delictgedrag - detentie - onderbehandeling in en na detentie - en weer nieuw met ziekte samenhangend delictgedrag.

Naschrift op basis van recente internationale literatuur.

Gezien het feit dat dit artikel van 2003 dateert werd voorjaar 2009 nog een search gedaan om ook recente ontwikkelingen in kaart te brengen en naast de eigen eerdere bevindingen te leggen. Zoekwoorden waren daarbij schizofrenia, prison and treatment. Voordeel van internationale zoekmachines is dat er toegang is tot internationaal gedaan empirisch onderzoek, nadeel is dat de jurisdictie in ieder land verschillen kent met vaak forse consequenties voor de feitelijke praktijk.

Uit deze search blijkt dat men ook in Europa en de verschillende staten van Amerika worstelt met de problematiek van veel psychiatrische en schizofrene patiënten in detentie. Ondanks verschillende jurisdicties en wettelijke kaders werd wederom in meerdere studies vastgesteld dat er in verschillende landen veel psychiatrische en ook schizofrene patiënten in de gevangenissen verblijven.

Falissard e.a. (2006) beschreven ook in Frankrijk, waar dergelijk onderzoek niet eerder verricht was, hoge prevalentiecijfers voor schizofrenie (4-6%) in een Frans cohort gedetineerden. Ook meerdere Amerikaans studies repliceren de eerdere bevindingen in de Verenigde Staten, (Lamb e.a., 2007, Prince, 2006, Baillargeon, 2009).

Lamb e.a. (2007) deden in een Californisch huis van bewaring een onderzoek naar de noodzakelijke zorg voor gedetineerden met ernstige psychiatrische stoornissen, gedefinieerd als schizofrenie, een psychotische stoornis, een bipolaire stoornis of een depressie in engere zin. Van deze groep bleek 92% een voorgeschiedenis te hebben van non-compliance met de voorgeschreven medicatie, 95% had eerder contact met de politie, 72% had politiecontacten in verband met vormen van geweld en 76% was bekend met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik. Dit is een karakterisering van de populatie die overeenkomt met de beschrijving van de Nederlandse populatie schizofrene patiënten in detentie eerder in dit hoofdstuk als een problematische subgroep van de schizofrene patiënten. Ook in Californië kreeg het grootste deel van de patiënten de vereiste behandeling binnen het gevangenisstelsel en niet in het reguliere stelsel van de geestelijke gezondheidszorg. Deze studie noemt als achtergrond van het grote aantal ernstige psychiatrische patiënten dat behandeld wordt in Californische gevangenissen het gebrek aan adequate behandelmogelijkheden in de gemeenschap, de de-institutionalisering, de beperkte beschikbaarheid van psychiatrische ziekenhuisbedden, de formele en rigide procedures rondom dwangopnames en de improductieve interactie van psychiatrische patiënten met de wethandhavende instituties. Ook wordt benoemd dat het in Californië extra moeilijk is om patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen vanuit het gevangenisstelsel over te plaatsen naar de geestelijke gezondheidszorg. Achtergronden die vergelijkbaar zijn met het boven beschrevene voor de Nederlandse situatie. De auteurs achten de detentie voor

sommigen gezien de futiele delicten misplaats, anderen kunnen volgens de auteurs mogelijk alleen goed worden behandeld binnen de justitiële gevangeniszorg.

Prince (2006) beschrijft in een studie uit New York transinstitutionele inspanningen van het gevangenisstelsel, de “community care” en de opname psychiatrie daar. Hij stelde vast dat uit detentie ontslagen psychiatrische patiënten met schizofrenie een twee keer zo grote kans hadden op een psychiatrisch ziekenhuisopname binnen drie maanden in vergelijking met niet gedetineerde schizofrene patiënten. Deze bevinding blijft staan na verdisconteren van ernst van de psychopathologie, leeftijd, ras en GAF-score. Misbruik/afhankelijkheid van middelen en/of alcohol had een beperkt verhogende invloed op de opnameratio. Bepleit wordt daarom om diversie en nazorgprogramma's vanuit de gevangenissen zowel te richten op het voorkomen van nieuw delictgedrag en nieuwe detenties als het voorkomen van heropname in psychiatrische instituties. Daarbij wordt behandeling in gevangenissen als het meest restrictief aangemerkt, echter soms noodzakelijk. Vervolgens een afbouwende hiërarchie qua mate van restricties met behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, halfway hostels, intensieve ambulante zorg als forensische ACT en tenslotte traditionele poliklinische zorg.

De bevindingen van dit New Yorkse model kunnen ook bouwstenen zijn voor een Nederlandse situatie waar, zoals beschreven, de slechte aansluiting van de gevangenispsychiatrie met de reguliere of forensische psychiatrische zorg buiten de P.I. het belangrijkste knelpunt is. Met name het beschreven getrapte model en het dubbele focus op zowel het voorkomen van nieuwe detenties als het voorkomen van nieuwe acute opnames verdient daarbij navolging.

Prince e.a. (2007) deden ook een studie bij psychotische patiënten die voor het eerst op een psychiatrische ziekenhuisafdeling werden opgenomen naar de kans op in hechtenis name in de vier volgende jaren. Dit gold voor 9% van hun studiestudiepopulatie waarvan de helft meermaals in hechtenis werd genomen. De belangrijkste voorspellers hiervoor waren eerdere hechtenis, etniciteit (zwarte) en mannelijk geslacht. Ook de ernst van de symptomatologie en mate van middelmisbruik hadden een klein effect. De auteurs betogen dat specifieke interventies van de geestelijke gezondheidszorg voor minderheidsgroepen met een voorgeschiedenis bij justitie nodig zijn om nieuw detenties te voorkomen. In Nederland is hiernaar geen onderzoek gedaan maar waar de zwarte populatie in Amerika oververtegenwoordigd is bij de psychiatrische patiënten in gevangenissen, lijkt dat in Nederland voor de Marokkaanse patiënten te gelden. In beide gevallen blijkt het zijn van een minderheidsgroep met een zeker stigma hierbij mede bepalend.

Ook Salize e.a. (2006) beschrijven in een studie in Duitsland met ook gegevens van andere Europese landen de systemen van de (onvrijwillige) psychiatrie, de forensische psychiatrie en de gevangenispsychiatrie als in elkaar grijpende systemen. Zij illustreren met empirische data dat veranderingen in wetgeving of werkwijze in een van deze systemen leidt tot veranderingen in de andere zorgsystemen. Op meerdere plaatsen in Europa, waaronder Nederland, leidde dit tot een substantiële toename van het aantal opnames in de forensische psychiatrie. Men acht onvoldoende data beschikbaar om uitspraken te doen over een toename in de gevangenis van ernstige psychiatrische patiënten, hoewel dit vanuit meerde landen gemeld word. Deze auteurs zien ondanks beperkte data aanwijzingen voor ongewenste verschuivingen van patiëntenstromen van de algemene naar de forensische psychiatrie en de gevangenis. Ook deze bevinding komt overeen met de door mij in dit hoofdstuk beschreven Nederlandse situatie en ook met de in hoofdstuk 6 beschreven patiëntenstromen.

Baillargeon e.a. (2009) beschrijven in een artikel met de titel “Psychiatrische stoornissen en herhaalde inhechtenisnames: de gevangenisdeur als draaideur”, een op een grote patiëntengroep gebaseerd onderzoek in Texas, dat psychiatrische patiënten over een periode van zes jaar een verhoogd risico hebben om meervoudig opnieuw in hechtenis te worden genomen. En dit risico is vooral verhoogd voor meerdere nieuwe detentieperiodes. Vaak betreft het een draaideur tussen een zwerversbestaan, kortdurende crisisopnames op psychiatrische afdelingen en detenties. Bepleit wordt ernstige psychiatrische patiënten bij minder ernstige delicten niet in het justitiesysteem op te nemen maar meteen af te buigen naar de geestelijke gezondheidszorg en daarvoor bijvoorbeeld politiefunctionarissen te trainen. Men bepleit ook dat het inschakelen van “Mental health courts” met een expliciete ook therapeutische doelstelling naast het afdoen van de strafzaak. Daarnaast ziet men een functie voor forensisch ACT en een prioriteit/voorrangsregeling in de GGZ voor eerder gedetineerde patiënten. Voor psychiatrisch gestoorde plegers van zeer ernstige delicten worden behandelvoorzieningen binnen het justitiële systeem bepleit. Dit artikel onderbouwd empirisch de eerder in dit hoofd stuk beschreven impressie dat er vaak sprake is van een heilloze cirkel van toename van symptomatologie, delictgedrag, nieuwe detenties en na ontslag onvoldoende aansluitende zorg.

Conclusies naar aanleiding van de recente internationale literatuur

De discussie en aangedragen oplossingen lijken allemaal varianten op wat ook in Nederland in discussie is. Verschillen zijn wel de beduidend langere duur van detenties in vooral de Verenigde Staten en het niet werken met een concept van verminderde toerekeningsvatbaarheid in veel landen, waardoor meer accent ligt op behandeling

tijdens detentie en minder sprake is van door de rechter opgelegde aansluitende behandelingen. Anderzijds lijken nazorgprogramma's zoals beschreven soms beter aan te sluiten op de geestelijke gezondheidszorg dan hier het geval is, vooral door een voorrangstelling in de reguliere psychiatrische zorg voor ex-gedetineerden met psychiatrische stoornissen. Mogelijk overigens vooral beperkt tot de grootstedelijke gebieden, een indruk die er ook in Nederland is met het hogere voorzieningen nivo in de vier grootste steden.

De aanbevelingen liggen bij sommige buitenlandse auteurs nadrukkelijker op uitbouw van de "community health care"/sociale psychiatrie met tussenvoorzieningen. In ons land is er sprake van een vrij goed ontwikkelde sociale psychiatrie en netwerk van tussenvoorzieningen maar toch blijft het onvoldoende lukken ernstige psychiatrische patiënten met een justitiële voorgeschiedenis voldoende continuïteit van zorg te bieden. Daarom acht ik toch vooral een noodzaak aanwezig voor het creëren van meet capaciteit van gesloten langer durende verblijf- en behandelingsfaciliteiten met voldoende kader- en begrenzingmogelijkheden. Zo nodig moeten er ook zonder te veel drempels tijdelijke vormen van dwangbehandeling mogelijk zijn, en dient ook gekeken te worden naar wettelijke kaders hiervoor (zie ook hoofdstuk 6).

Literatuur

Anderson H.S., Sestoft D. e.a. (1996). Prevalence of I.C.D.-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *International Journal of law and Psychiatry*, 19, 61-74.

Baillargeon J., Binswanger I.A., Penn, J.V., Williams B.A., Murray O.J. (2009). Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The revolving Prison Door. *American Journal of psychiatry*, 166, 1, 103-109.

Birmingham L., Mason D. en Grubin D. (1996), Prevalence of mental disorders in remand prisoners: consecutive case study. *British Medical Journal*, 313, 1521-1524.

Borum R., Swanson J., e.a. (1997). Substance abuse, violent behaviour and police encounters among persons with severe mental disorder. *Journal of contemporary Criminal Justice*, 13, 236-249.

Bulten B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*. (Dissertatie VU Amsterdam), Deventer: Kluwer

Bulten B.H., Tilburg W. en van, Limbeek J. van (1999). Psychopathologie bij gedetineerden. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41, 10, 575-585.

Citrome L. Volavka J. (1999). Schizophrenia: violence and comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol 12 No 1: 47-53.

Emmerik van, J.L. (1999). De last van het getal; een overzicht in cijfers van de maatregel TBS. *Justitiële verkenningen*, 4, p. 9-31.

Falissard B., Loze J.Y., Gasquet I., Duburc A., Beaurepair C. de, Fagnani F. en Rouillon F. (2006). Prevalance of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 21, 8, 33-39.

Fuller Torrey, E. (1997). *Out of the Shadows*. New York: John Wiley and Sons.

Haan de L. en Bottelier, M.A. (1999). 'Duur onbehandelde psychose' en het beloop van schizofrenie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41, 4, 239-243.

Kortmann F.A.M. (2000). Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42 (2000) 5, 319-326.

Lamb H.R., Weinberger L.E., Marsh J.S., Gross B.H. (2007). Treatment Prospects for Persons with Severe mental Illness in an Urban County Jail. *Psychiatric Services*, 58, 6, 782-787.

Linszen D.H., Dingemans, P.M., e.a. (1994). Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 4, 273-279.

Marzuk P.M. (1996). 'Violence, Crime and Mental Illness: How strong a Link?', *Archives of General Psychiatry* (53), p.481-486.

Oei T.I. (2000). Een kijkje in de behandelkamer van de forensisch psychiater, in: Oei T.I., Groenhuijsen M.S. (2000), *Forensische psychiatrie anno 2000*, 213-222. Gouda Quint.

Panhuis P.J.A. van (1997). *De psychotische patient in de TBS. Van kwaad tot erger*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden, Gouda Quint.

Panhuis P.J.A. van en Dingemans P.M. (2000). Geweld en psychotische ziekte. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42 (2000) 11, 793-802.

Prince J.D. (2006). Incarceration and Hospital Care, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 1, 34-39.

Prince J.D., Akincigil A.A., Bromet E. (2007). Incarceration Rates of Persons with First-admission Psychosis. *Psychiatric Services*, 58, 9, 1173-1180.

Salize H.J., Schanda H., Dressing H. (2008). From the hospital into the community and back again – a trend towards re-institutionalisation in mental health care? *International Review of Psychiatry*, 20, 6, 527-534.

Schoenmaker C. en Zessen G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden*, Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum.

Soyka M. (1999). Substance abuse as a risk factor for violence in major mental disorders. *Archives of General Psychiatry* 56, 6, 582.

Swanson J.W., Borum R. en Swartz M.G. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health* 6: 309-329.

Taylor P., Leese M., Williams D., e.a. (1998), *Mental disorder and violence. British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.

Teplin A. (1990). The Prevalance of Severe Mental Disorder among Male Urban Jail Detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80, 663-669.

Veldhuizen J.R. van (1998), Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 53, 1175-1185.

Vrugt de, D.R.F. (2000). 'Psychisch gestoorde gedetineerden. Kenmerken van de groep psychisch gestoorde gedetineerden die bekend zijn bij de psycholoog in de inrichting'. Dienst Justitiele Inrichtingen, afdeling Beleidsinformatie, Ministerie van Justitie.

Widdershoven G.A.M., Bergmans R.L.P. en Molewijk A.C. (2000). Autonomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42, 6, 389-396.

4. *Kwaliteit van leven in een populatie Nederlandse gedetineerden met psychiatrische stoornissen*

Relaties met psychopathologische, sociale, demografische, juridische en penitentiaire factoren

J.C. Zwemstra, E.D. Masthoff, A.W.J.M. Trompenaars, J. de Vries

(... ingezonden ...)

Samenvatting

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de impact van psychopathologie in gevangenissettings aan de hand van uitkomstmaten als kwaliteit van leven. Het doel van de huidige studie was om de kwaliteit van leven van Nederlandse, mannelijke patiënten met psychiatrische stoornissen te onderzoeken en te vergelijken met de kwaliteit van leven van 3 referentiegroepen: de algemene Nederlandse bevolking, psychiatrische polikliniekpatiënten en gedetineerden zonder psychiatrische stoornissen. Een bijkomend doel was om eventuele relaties tussen kwaliteit van leven van deze populatie en psychopathologische, sociale, demografische, juridische en penitentiaire factoren te onderzoeken. De kwaliteit van leven werd gemeten met de WHOQOL-bref. Daarnaast werden gegevens met betrekking tot psychopathologie, sociale, demografische, juridische en penitentiaire factoren verzameld. Kwaliteit van leven van de studie populatie was slechter in vergelijking met de kwaliteit van leven van de algemene bevolking en gedetineerden zonder psychopathologie, maar beter dan die van de psychiatrische polikliniekpatiënten. De impact van de aanwezigheid van deze AS-I en AS-II stoornissen op de ervaren kwaliteit van leven was van vergelijkbare grootte. De correlaties tussen middelenafhankelijkheid/misbruik, sociale en demografische variabelen, juridische en penitentiaire variabelen en kwaliteit van leven was klein of afwezig. Psychopathologische factoren verklaarden het grootste deel van de bekende variantie in de kwaliteit van leven van de studiep populatie. De relatief goede kwaliteit van leven van de gedetineerde patiëntengroep in vergelijking met de kwaliteit van leven van de polikliniekpatiënten leidt tot de aanbeveling om elementen van het detentieregime te implementeren en in de algemeen psychiatrische zorg.

Dit is de Nederlandse vertaling van een Engelstalig artikel dat is aangeboden aan een internationaal tijdschrift. Samenhangend met het lopende reviewproces heeft het tijdschriftartikel beperkte wijzigingen ondergaan.

Inleiding

Meerdere studies hebben aangetoond dat de prevalentie van psychopathologie in gevangenispopulaties hoog is (Bulten en Zwemstra 2001; Bland e.a., 1998; Schoenmaker en Van Zessen, 1997). Daarnaast wordt verondersteld dat deze prevalentie toeneemt (Andersen, 2004) en wordt aangenomen dat de ernst van de psychopathologie in deze populaties aanzienlijk is en ernstiger is geworden. Bovendien hebben meerdere auteurs gesteld dat de ernst van de psychopathologie op de zorgafdelingen van (Nederlandse en Amerikaanse) penitentiaire inrichtingen vergelijkbaar of zelfs hoger is dan die op gesloten afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen (Zwemstra e.a., 2003; Blaauw e.a., 2000). Hoewel de epidemiologische kennis over psychiatrische stoornissen in gevangenissettings groeit is er nauwelijks aandacht geweest voor de impact van de psychopathologie in deze settings met uitkomstmaten zoals Kwaliteit van Leven.

Kwaliteit van Leven is een multidimensioneel, subjectief georiënteerd concept dat toenemend gebruikt wordt als een maat voor de belasting door ziekte en als een uitkomstmaat voor zowel somatische als psychiatrische behandelingen (De Vries 1996; De Vries en Van Heck 1995; WHOQOL-Group 1998). Van Nieuwenhuizen (2002) concludeerde dat het Kwaliteit van Leven concept in forensische settings nog in de kinderschoenen staat. Mooney e.a. (2002) onderzochten het verband tussen de aanwezigheid van psychopathologie en Kwaliteit van Leven bij Ierse vrouwelijke gevangenen. Zij vonden dat de Kwaliteit van Leven van hun onderzoekspopulaties slechter was in vergelijking met vrouwen uit de Ierse algemene bevolking en ook in vergelijking met de Kwaliteit van Leven van mannelijke gevangenen. Daarnaast vonden zij een negatieve relatie tussen Kwaliteit van Leven en drugsmisbruik en tussen Kwaliteit van Leven en life events. Walker en Gudjonsson (2000) deden onderzoek naar Kwaliteit van Leven in een forensische ziekenhuissetting in Engeland. Zij vonden dat de forensische patiënten betere scores hadden op een aantal aspecten van Kwaliteit van Leven in vergelijking met de scores van regulier opgenomen psychiatrische patiënten.

Het doel van deze studie was om de Kwaliteit van Leven van mannelijke Nederlandse gedetineerden met psychische stoornissen te onderzoeken en deze te vergelijken met de Kwaliteit van Leven van drie referentiegroepen: de algemene Nederlandse bevolking, een groep poliklinische psychiatrische patiënten en een populatie gedetineerden zonder psychische stoornissen. Een bijkomende doelstelling was na te gaan of er verbanden waren tussen enerzijds de Kwaliteit van Leven van de onderzoekspopulatie en anderzijds psychopathologische, sociale, demografische, juridische en penitentiaire factoren.

A priori werd verwacht dat de Kwaliteit van Leven van de gedetineerde psychiatrisch patiënten slechter zou zijn dan de Kwaliteit van Leven van gedetineerden zonder psychische stoornissen en dan de Kwaliteit van Leven van de Nederlandse bevolking omdat in eerder onderzoek een negatieve relatie vastgesteld was tussen de Kwaliteit van Leven en psychopathologie (Masthoff e.a., 2006a; Mooney e.a., 2002; Trompenaars e.a., 2006). Een aanvullende hypothese was dat de Kwaliteit van Leven van gedetineerden met psychische stoornissen slechter zou zijn dan de Kwaliteit van Leven van ambulante psychiatrische patiënten omdat verwacht werd dat de psychopathologie in de onderzoeksgroep ernstiger zou zijn, de beschikbaarheid van psychiatrische behandelmodaliteiten in de detentiesetting minder is en vanwege het restrictieve milieu in een gevangenis. A-priori hadden wij geen specifieke verwachtingen met betrekking tot mogelijke verbanden van Kwaliteit van Leven van gedetineerden met sociale, demografische, juridische en penitentiaire variabelen vanwege het ontbreken van vergelijkbaar eerder onderzoek dat zich richtte op dergelijke potentiële verbanden.

Method

Het onderzoeksdesign was cross-sectioneel. De data werden verzameld bij een groep volwassen mannelijke gedetineerden met psychiatrische problemen. Deze gegevens werden vergeleken met (1) Kwaliteit van Leven scores van een groep mannelijke gedetineerden zonder psychopathologie en (2) eerder gepubliceerde gegevens over Kwaliteit van Leven in de algemene Nederlandse populatie (De Vries en Van Heck, 2003) en (3) volwassen mannelijke ambulante psychiatrische patiënten (Masthoff e.a., 2006a).

SETTING, DE ONDERZOEKSGROEPEN EN DE REFERENTIEGROEPEN

Onderzoeksgroepen

Tussen 1 november 2006 en 1 maart 2007 werden de data verzameld bij mannelijke gedetineerden in de penitentiaire inrichting in Vught. Toestemming voor dit onderzoek werd verkregen van de directeur gevangeniswezen op advies van zijn onderzoeksadviseur. Potentiële deelnemers waren ofwel afgestraften of preventief gehechten (verdachten in afwachting van hun proces). Alle gedetineerden van een tweetal zorgafdelingen¹ werden in de studie opgenomen. Als referentiegroep diende een groep gedetineerden van vergelijkbare grootte van een reguliere afdeling die op leeftijd en culturele achtergrond werden gematched met de eerder genoemde populatie. Deelnemers aan het onderzoek gaven schriftelijke toestemming voor participatie.

¹ Een IBA en een FSU.

Exclusiecriteria waren onvermogen om de interviews te ondergaan of de complete vragenlijsten in te vullen als gevolg van een te ernstige mate van psychiatrische ziekte, onvoldoende begrip van de Nederlandse taal, ongeletterdheid of ernstig agressief gedrag. De deelnemers ontvingen een telefoonkaart van € 5.- als beloning voor hun deelname.

De referentiegroepen vanuit eerder onderzoek: procedure van gegevensverzameling
De referentiegroep ‘algemene Nederlandse bevolking’ werd genomen vanuit een gecombineerde dataset ($n=593$) die gebaseerd was op drie Nederlandse algemene bevolkingsstudies in de periode 1996 tot en met 2002 (De Vries en Van Heck 2003). Hiervan werden alle mannelijke participanten geselecteerd ($n=203$).

De referentiegroep ambulante psychiatrische patiënten werd genomen uit een steekproef van psychiatrische polikliniek patiënten ($n=410$) die verwezen waren naar de GGZ Midden Brabant in Tilburg in de periode maart 2001 tot maart 2002 (Masthoff e.a. 2006a). Hiervan werden alle mannelijke deelnemers met een psychiatrische stoornis (één of meer DSM-IV As-I of As-II diagnoses) geselecteerd ($n=149$).

PROCEDURE

Deelnemers werd gevraagd om een vragenlijst in te vullen om hun Kwaliteit van Leven te meten. Daarnaast ondergingen ze een psychiatrisch onderzoek om een As-I diagnose vast te stellen en werd een semi-gestructureerd interview afgenomen door één van de vier forensische psychiaters om een As-II diagnose vast te stellen. Ook werd door onderzoekers het sociaal functioneren van de deelnemers vastgelegd. Sociale, demografische, juridische en penitentiaire gegevens werden verzameld vanuit de anamnese of dossierinformatie van het gevangenisregistratiesysteem.

KWALITEIT VAN LEVEN

Kwaliteit van Leven werd gemeten met behulp van de WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998), Nederlandse versie (De Vries en Van Heck GL, 1995). WHOQOL staat voor World Health Organisation Quality of Life. De WHOQOL-bref is de verkorte versie van het WHOQOL-100, een algemene multidimensionele maat voor de subjectieve beoordeling van Kwaliteit van Leven (De Vries, 1996; De Vries en Van Heck, 1997; WHOQOL Group 1998). 26 Items worden gescoord op 5-puntsschalen en gegroepeerd in vier domeinen (Fysieke gezondheid, Psychologische gezondheid, Sociale relaties en Omgeving) en in het overkoepelend facet algehele Kwaliteit van Leven en algemene gezondheid. Hoge scores zijn indicatief voor een goede Kwaliteit van Leven. De referentieperiode is de voorafgaande twee weken. De vier factoren structuur van de WHOQOL-Bref werd bevestigd in een eerdere studie naar ambulante psychiatrische patiënten (Trompenaars e.a., 2005a). In eerder onderzoek gaven

analyses van interne consistentie, itemcorrelaties, discriminerende validiteit en constructvaliditeit aan dat de WHOQOL-Bref een goede tot voortreffelijke betrouwbaarheid, validiteit en discriminerend vermogen had in populaties psychiatrisch patiënten (Trompenaars e.a., 2005a; Masthoff e.a., 2006a; Skevington e.a., 2004) en patiënten in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis (Saloppé en Pham, 2006). In onze studie was de interne consistentie (Cronbach's α) van de domeinen Fysieke gezondheid en Psychologische gezondheid 0.79 respectievelijk 0.81. Om de interne consistentie van de domeinen Sociale relaties ($\alpha = 0.64$) en Omgeving ($\alpha = 0.66$) te verhogen werden de items 'seksuele activiteit' en 'financiële bronnen', beide minder relevant in een penitentiaire inrichting, geëxcludeerd van de verdere analyses. Dit resulteerde in een α van 0.69 voor het domein Sociale relaties en een α van 0.70 voor het domein Omgeving.

DSM-IV CLASSIFICATIES (AS-I, II, III EN V), VERSLAVINGSASPECTEN EN GEBRUIK VAN PSYCHOTROPE MEDICATIE

Diagnoses op DSM-IV As-I werden door de psychiater vastgesteld op basis van psychiatrisch onderzoek. Om de interrater validiteit van deze diagnostische classificatieprocedure vast te stellen werden 14 deelnemers onderzocht en gediagnosticeerd door alle vier de onderzoekers. De interratervaliditeit voor de As-I classificatie bleek goed te zijn (gemiddelde $k=0.83$).

Op het moment van onderzoek waren alle gedetineerden gedwongen abstinente van alcohol en drugs. Om deze reden werd misbruik en/of afhankelijkheid van alcohol en/of van verschillende soorten drugs in de periode direct voorafgaande aan de detentie vastgelegd (zie tabel 1).

Voor de As-II diagnose werd het gestructureerd klinisch interview voor As-II persoonlijkheidsstoornis (SCID-II, 2.0; First e.a., 1997; Spitzer e.a., 1990; Nederlandse versie, Weertman e.a., 2000) gebruikt. Dit is een semi-gestructureerd interview met 140 items georganiseerd per diagnose, dat de persoonlijkheidsstoornissen dekt die deel uitmaken van de DSM-IV. Maffei e.a. (1997) stelden vast dat de interratervaliditeit van de SCID II goed was. In deze studie bleek de interratervaliditeit voor de As-II classificatie ook goed ($n=14$; gemiddelde $k=0.71$). Deelnemers met een IQ van minder dan 70 (dossierinformatie) kregen de diagnose verstandelijke handicap op As-II. Somatische klachten en diagnoses evenals het gebruik van psychotrope medicatie van de deelnemers werden verkregen van de huisarts van de inrichting (zie tabel 1). De inschatting van het geheel functioneren werd bepaald aan de hand van de GAF-score (Global Assessment of Functioning, American Psychiatric Association, 2000), de vijfde as van het DSM-IV classificatiesysteem. GAF-scores kunnen variëren van 1 tot

100. In deze studie was de interratervaliditeit van de GAF-scores (vastgesteld middels Pearson correlaties) bevredigend ($n=14$; gemiddeld $r=0.61$).

SOCIALE EN DEMOGRAFISCHE VARIABELEN

Gegevens met betrekking tot de leeftijd en de culturele achtergrond (Nederlands, EU, van buiten de EU) werden verzameld. Informatie met betrekking tot de aanwezigheid en mate van gedragsproblemen van deelnemers in hun jeugd werd verkregen vanuit de anamnese of het beschikbare dossier. Deze problemen werden geclassificeerd als ‘niet’ (geen voorgeschiedenis van zulke problemen), ‘beperkt’ (deelnemers met gedragsproblemen in de jeugd die geen professionele zorg behoefden) en ‘ernstig’ (zowel gedragsproblemen als professionele hulp daarvoor). Daarnaast werd vastgelegd welke deelnemers op het moment van het onderzoek een partner hadden, met hoeveel familieleden er contact was, hoe uitgebreid hun sociale netwerk was, of ze een baan hadden of school volgden voorafgaand aan de detentie, wat het niveau van het onderwijs was en of ze schulden hadden. Tenslotte werd na gegaan of er voor de deelnemers accommodatie beschikbaar was na einde van hun detentie (zie tabel 2).

JURIDISCHE EN PENITENTIAIRE VARIABELEN

Gegevens met betrekking tot juridische status, de delictcategorie waarvoor ze veroordeeld waren of waarvan ze beschuldigd werden, de duur van de detentie in dagen op het moment van onderzoek, de opgelegde gevangenisstraf in dagen indien ze veroordeeld waren, het resterende aantal detentiedagen indien dat al duidelijk was en de verwachte totale duur van de detentie in dagen op het moment van onderzoek (zie tabel 3 en 4), werden verzameld.

STATISTISCHE ANALYSE

Omdat bleek dat de prevalentie van psychopathologie in de referentiegroep uit de reguliere detentiesetting hoog was (65.3%) werd besloten de deelnemers met psychische stoornissen van de zorgafdeling en de reguliere afdeling samen te voegen tot een groep “gedetineerden met psychische stoornissen” (de onderzoekspopulatie). De gedetineerden van het reguliere Huis van Bewaring zonder psychopathologie vormden één van de referentiegroepen. De gemiddelde scores en standaarddeviatie (SD) voor de studiegroep en deze referentiegroep werden berekend voor de vier domeinen en het overkoepelende facet van de WHOQOL-Bref. Variantie-analyses (éénzijdige ANOVA’s met post hoc Bonferroni vergelijkingtests; $p<0.05$ na Bonferroni correctie) werden uitgevoerd om verschillen te onderzoeken in kwaliteit van leven scores tussen de studiegroep en de drie referentiegroepen. Student t -tests ($p<0.05$) werden gebruikt om de verschillen in kwaliteit van leven scores te beoordelen tussen (1) gedetineerden van

de zorgafdelingen en gedetineerden van de reguliere afdeling, (2) gedetineerden van de zorgafdelingen en gedetineerden van de reguliere afdeling met psychopathologie en (3) gedetineerden met één of meer diagnoses op ofwel As-I of As-II van de DSM-IV classificatie (morbiditeit op één as) en gedetineerden gediagnosticeerd met één of meer diagnoses op zowel As-I als As-II volgens de DSM-IV classificatie (co-morbiditeit). Binnen de studiepopulatie werden de relaties tussen enerzijds kwaliteit van leven en anderzijds DSM-IV classificatie, een voorgeschiedenis van misbruik of verslaving op alcohol of drugs, huidig gebruik van psychotrope medicatie en verschillende sociale, demografische, penitentiaire en juridische variabelen onderzocht met variantieanalyse (éénzijdige ANOVA's met post hoc Bonferroni vergelijkingstests; $p < 0.05$ na Bonferroni correctie), eenzijdige onafhankelijke sample t -tests ($p < 0.05$) of met Pearson correlaties ($p < 0.05$).

Om te bepalen welke mate de variantie in de vier domeinscores en het algemeen evaluatieve facet van de WHOQOL-Bref (de afhankelijke variabelen) verklaard werd door de psychopathologische, sociale, demografische, juridische en penitentiaire variabelen (de onafhankelijke variabelen), werden multiële regressie analyses (stapsgewijze methode) uitgevoerd. Deze analyses werden niet alleen uitgevoerd voor de studiepopulatie maar ook voor de totale groep gedetineerden die werden geïncludeerd in de studie om zo de mate van variantie in kwaliteit van leven te bepalen die verklaard wordt door de aanwezigheid van psychopathologie.

De gegevens werden bewerkt met behulp van het Statistische Pakket voor de Sociale Wetenschappen (SPSS, versie 13.0 voor Windows).

Resultaten

PARTICIPANTEN: KARAKTERISTIEKEN VAN DE STEEKPROEF

De totale groep die benaderd werd om te participeren in deze studie bestond uit 139 gedetineerden (gemiddelde leeftijd: 32.1 jaar, SD=10.2)¹. Van deze groep weigerden 30 participanten deel te nemen en 19 participanten konden niet deelnemen aan het onderzoeksprotocol ten gevolge van ernstige psychiatrische ziekte ($n=13$), taalbarrière ($n=4$), analfabetisme ($n=1$) en ernstig agressief gedrag ($n=1$). 88 Deelnemers completeerden de vragenlijsten (totale respons 63.3%; 39 deelnemers vanuit de zorgafdelingen, 49 deelnemers vanuit het reguliere huis van bewaring; de gemiddelde leeftijd was 31.7 jaar, met een SD van 10.9, leeftijdspreiding: 18-68 jaar).

Alle 39 deelnemers die verbleven op de zorgafdeling en 32 deelnemers van de reguliere afdeling (65.3%) voldeden aan de criteria voor een diagnose op As-I en/of As-II. De studiepopulatie (mannelijke gedetineerden met een psychiatrische stoornis) bestond

¹ SD: standaard deviatie; MD : mean difference, gemiddeld verschil; p: waarschijnlijkheid.

dus uit 71 deelnemers (gemiddelde leeftijd 31.8 jaar, SD=10.2, leeftijdspreiding: 20-61 jaar). Van hen hadden 18 (25.4%) zowel een As-I diagnose als een persoonlijkheidsstoornis: co-morbiditeit. De vastgelegde diagnoses zijn weergegeven in tabel 1. Ook zijn in deze tabel eerder misbruik of afhankelijkheid van alcohol en/of specifieke drugs vastgelegd, alsmede het gebruik van psychotrope medicatie, aanwezigheid van somatische klachten of ziekten en de data met betrekking tot de GAF-score. De sociodemografische, juridische en penitentiaire gegevens die werden verzameld zijn weergegeven in de tabellen 2, 3 en 4.

De 17 gedetineerden van het reguliere huis van bewaring zonder psychiatrische stoornis (middenmisbruik/afhankelijkheid voorafgaand aan detentie werd wel vastgelegd voor vijf van hen) werden gebruikt als een referentiegroep (gemiddelde leeftijd 31.7 jaar, SD=13.8, leeftijdspreiding 18-68 jaar; geen significant leeftijdsverschil met de studiepopulatie).

Tabel 1. DSM-IV classificatie (As-I, II, III and V), verslavingsaspecten bij gedetineerden met psychiatrische stoornissen (n=71).

As-I en As-III diagnose, verslavingsaspecten	n (%)	DSM-IV As-II en V classificatie	n² (%)
<i>As-I: psychiatrische ziekte</i>	44 (62.0)	<i>As-II: verstandelijke handicap en persoonlijkheidsstoornissen</i>	45 (63.4)
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	3 (4.2)	Paranoïde pers.st.	1 (1.4)
ADHD	7 (9.9)	Antisociale pers.st.	17 (23.9)
Psychotische stoornissen	26 (36.6)	Borderline pers.st.	11 (15.5)
Stemmingsstoornissen	8 (11.3)	Theatrale pers.st.	1 (1.4)
Misbruik van middelen voorafgaand aan detentie	15 (21.1)	Narcistische pers.st.	1 (1.4)
Middelenafhankelijkheid voorafgaand aan detentie	36 (50.7)	Vermijdende pers.st.	2 (2.8)
Alcohol	26 (36.6)	Afhankelijke pers.st.	1 (1.4)
Cannabis	28 (39.4)	Obsessief-Compulsieve pers.st.	3 (4.2)
Cocaïne/speed	29 (40.8)	pers.st. NAO	19 (26.8)
Opiaten	12 (16.9)	Verstandelijke handicap ⁴	3 (4.2)
Tranquillizers	8 (13.0)		

As-III: somatische stoornissen		As-V: algemeen niveau van functionering	
Somatische ziekte	9 (12.7)	Gemiddelde GAF score	52.8
Somatische klachten zonder diagnose	4 (5.6)	SD gemiddelde GAF score	11.5
		Spreading GAF score	30-85

Pers.st.=persoonlijkheidsstoornis

- ¹ Aan middelengebruik gerelateerde stoornissen zijn niet opgenomen in de tabel door de gedwongen abstinentie van de onderzochte gedetineerden. Middelenuitgebruik/afhankelijkheid voortgaand aan detentie is geregistreerd.
- ² De cijfers representeren het aantal geregistreerde persoonlijkheidsstoornissen. Omdat sommige deelnemers gediagnosticeerd zijn met meer dan één persoonlijkheidsstoornis is totaal van de vastgelegde stoornissen groter dan het aantal deelnemers.
- ³ Het gebruik van methadon op doktersvoorschrift is niet als opiatenafhankelijkheid geclassificeerd.
- ⁴ Alle drie de verstandelijk gehandicapte deelnemers werden ook gediagnosticeerd met een As-I stoornis of een persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 1a: gebruik van psychotrope medicatie

Gebruik van psychotrope medicatie, n (%)			
Totaal medicatiegebruik	43 (60.6)		
- Antipsychotica	33 (37.5)	- Stimulantia (Ritalin)	4 (4.5)
- Antidepressiva	12 (13.6)	- Benzodiazepines	14 (19.7)
- Stemmingsstabilisatoren	5 (5.7)	- Methadon ³	4 (4.5)

Tabel 2. Sociale en demografische factoren

Factoren		n (%)		n (%)		n (%)
<i>Culturele achtergrond</i>	Nederlands	49 (69.0)	EU (niet Nederlands)	2 (2.8)	Buiten de EU	20 (28.2)
<i>Gedragproblemen in de jeugd</i>	Geen	23 (32.4)	Matig	14 (19.7)	Ernstig	34 (47.9)
<i>Partnerrelatie</i>	Ja	16 (22.5)	≥3 maanden in afgelopen 2 jaar	15 (21.1)	<3 maanden in afgelopen 2 jaar	40 (56.3)
<i>Contact met familie</i>	Met de meeste familieleden	38 (53.5)	Met enkele familieleden	20 (28.2)	Niet	13 (18.3)
<i>Sociaal netwerk</i>	≥6 personen	29 (40.8)	3 tot 6 personen	14 (19.7)	<3 personen	28 (39.4)
<i>Werk in jaar voorafgaand aan detentie</i>	> 6 maanden	29 (40.8)	2 tot 6 maanden	6 (8.5)	< 2 maanden	36 (50.7)
<i>Opleidingsniveau</i>	Afgeronde beroepsopl.	27 (38.0)	Deelcertificaten	11 (15.5)	Geen	33 (46.5)
<i>Schulden</i>	Geen	33 (46.5)	≤3 maandlonen	16 (22.5)	>3 maandlonen	22 (31.0)
<i>Huisvesting na detentie</i>	Permanent	24 (33.8)	Tijdelijk	17 (23.9)	Geen	30 (42.3)

Tabel 3. Juridische en penitentiaire factoren

Juridische factoren	n (%)
Verblijf in een regulier HvB	32 (45.1)
Verblijf op zorgafdeling	39 (54.9)
In afwachting van proces (voorlopig gehechten)	33 (46.5)
Afgestraften	24 (33.8)
Gedetineerden met een behandelmaatregel	14 (19.7)
Penitentiaire factoren	n (%)
Duur van de detentie ten tijde van het onderzoek	Mean: 394.3; SD=493.9; range 8-2047
Opgelegde straf in dagen bij afgestraften (n=26)	Mean: 1088.2; SD=1129.2; range 77-4348
Resterende straftijd bij afgestraften (n=26)	Mean: 591.1; SD=703.7; range 5-2905
Verwachte duur van da resterende detentie door de voorlopig gehechten (in maanden)	<2: n=9.9%; 2-5: n=16.9%; ≥5: n=73.2%

Tabel 4. Scores op de WHOQOL-Bref bij onderverdeling van deelnemers naar misdaadcluster.

Misdaadcluster	n (%)	WHOQOL-Bref scores: gemiddeld (SD)				
		Domein I ²	Domein II ²	Domein III ²	Domein IV ²	Overk. facet ²
<i>Opiumdelicten</i>	2 (2.8)	12.6 (0.0)	13.0 (1.4)	16.0 (0.0)	12.0 (1.9)	13.0 (1.4)
<i>Diefstal</i>	21 (29.6)	13.4 (3.5)	12.9 (3.4)	13.8 (4.1)	13.1 (3.0)	11.3 (4.0)
<i>Geweld</i>	6 (8.5)	13.0 (2.8)	13.1 (2.2)	9.7 (3.4)	12.1 (4.4)	11.3 (2.4)
<i>Diefstal met geweld</i>	12 (16.9)	14.2 (2.1)	13.1 (2.1)	14.8 (3.9)	11.6 (2.2)	13.2 (2.9)
<i>Overtredingen</i>	3 (4.2)	16.6 (1.5)	17.3 (1.1)	18.0 (3.5)	15.6 (1.4)	15.3 (1.5)
<i>Moord</i>	4 (5.6)	17.4 (2.7)	17.8 (0.6)	16.5 (4.1)	15.5 (1.8)	14.0 (4.9)
<i>Brandstichting</i>	5 (7.0)	12.9 (3.6)	10.9 (2.6)	10.4 (4.3)	12.1 (2.6)	12.0 (2.4)
<i>Doodslag</i>	16 (22.5)	14.6 (2.9)	12.8 (3.9)	14.0 (4.9)	12.7 (3.2)	13.8 (4.0)
<i>Overige delicten</i>	2 (2.8)	13.1 (4.8)	14.6 (2.8)	15.0 (7.1)	12.3 (0.5)	13.0 (1.4)

Domein I: Fysieke gezondheid; Domein II: Psychische gezondheid; Domein III: Sociale relaties; Domein IV: Omgeving; Overkoepelend facet: Algehele kwaliteit van leven en Algemene gezondheid

- ¹ Het ernstigste delict waarvoor de onderzochte gedetineerde is veroordeeld of wat hem is ten laste gelegd.
- ² Variantieanalyse (One-Way ANOVA's with post hoc Bonferroni comparison tests) vertoonde geen significante verschillen op de domeinen en het overkoepelend facet van de WHOQOL-Bref in relatie tot de misdaadclusters met de uitzondering van het gemiddelde verschil op het domein psychologische gezondheid van de gedetineerden uit de misdaadclusters brandstichting en doodslag (MD=-6.9; $p<0.05$).

ALGEMENE NEDERLANDSE BEVOLKING; POPULATIEKARAKTERISTIEKEN

De populatie van de algemene Nederlandse bevolking bestond uit 203 mannen van Nederlandse etnische origine (gemiddelde leeftijd 56.6 jaar, SD =16.5, leeftijdspreiding 20-84 jaar). De substantiële verschillen in gemiddelde leeftijd en leeftijdspreiding tussen de referentiegroep van de algemene bevolking en de studiegroep kunnen de vergelijkingen in kwaliteit van leven scores vertekenen. Om die reden werden beide groepen voorafgaand aan de analyses op de volgende manier gematched voor gemiddelde leeftijd en leeftijdspreiding. Van de groep uit de algemene bevolking werden alle mannen tussen de 20 en 50 jaar geselecteerd ($n=90$). Omdat 6 deelnemers in de studiegroep ouder waren dan 50 jaar werden uit de algemene bevolkinggroep 6 mannen met leeftijden van deze 6 deelnemers gematched. De uiteindelijke referentiegroep algemene bevolking bevatte daarmee 96 deelnemers (gemiddelde leeftijd 38,8 jaar, SD 9.0, leeftijdspreiding: 20-61 jaar). Ondanks de beschreven matchingprocedure was de onderzoeksgroep gemiddeld jonger dan deze referentiegroep ($p<0.001$).

AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN: POPULATIEKARAKTERISTIEKEN

Deze referentiepopulatie van ambulante psychiatrische patiënten met één of meer DSM-IV As-I en/of As-II diagnoses bestond uit 149 mannelijke patiënten van Nederlandse etnische origine (gemiddelde leeftijd 34.6 jaar, SD=8.7, leeftijdspreiding: 20-50 jaar). Deze groep was ouder dan de groep gedetineerden ($p<0.05$). Van deze ambulante psychiatrische patiënten hadden er 14 een middelengerelateerde stoornis, 3 een psychotische stoornis, 76 een stemmings- en/of angststoornis en 24 een andere DSM-IV As-I stoornis. Daarnaast werden 89 deelnemers gediagnosticeerd met één of meer persoonlijkheidsstoornissen (cluster A $n=9$, cluster B $n=48$, cluster C $n=32$, NAO $n=21$), 55 deelnemers hadden geen diagnose op As-II en 5 een uitgestelde diagnose op As-II.

53 deelnemers hadden co-morbiditeit in de zin van zowel een As-I als een As-II stoornis.

KWALITEIT VAN LEVEN SCORES: DE STUDIEPOPULATIE TEN OPZICHTE VAN DE REFERENTIEGROEPEN

In vergelijking met de referentiegroep uit de algemene bevolking had de groep gedetineerden met psychiatrische stoornissen lagere gemiddelde scores op alle kwaliteit van leven domeinen met uitzondering van het domein Sociale relaties waar geen significante verschillen werden gevonden.

In vergelijking met de referentiegroep ambulante psychiatrische patiënten scoorden de gedetineerden met psychiatrische stoornissen significant hoger op alle kwaliteit van leven aspecten met uitzondering van het domein Omgeving.

In vergelijking met de gedetineerden zonder psychiatrische stoornissen scoorde de studiepopulatie significant lager op de domeinen Psychologische gezondheid en Sociale relaties en op het overkoepelende algehele kwaliteit van leven en algemene gezondheidsfacet.

Er werden geen verschillen gevonden in kwaliteit van leven scores tussen de gedetineerden met psychiatrische stoornissen op de zorgafdelingen en degenen die op de reguliere afdeling verbleven (zie tabellen 5 en 6).

Bij Vergelijken van de ambulante psychiatrisch patiënten met de gedetineerden zonder psychische stoornissen scoorden de laatste groep significant hoger op alle kwaliteit van leven aspecten met de uitzondering van het domein Omgeving (zie tabellen 5 en 6).

Geen verschillen in gemiddelde kwaliteit van leven scores werden gevonden tussen gedetineerden zonder psychopathologie en de referentiegroep uit de algemene bevolking.

Tabel 5. Scores op de WHOQOL-Bref

Studiepopulatie, referentiegroepen en subgroepen	Domeinen en facet van de WHOQOL-Bref				
	Domein I Gem. (SD)	Domein II Gem. (SD)	Domein III Gem. (SD)	Domein IV Gem. (SD)	Overk.Facet Gem. (SD)
Gedetineerden met psychiatrische stoornissen (<i>n</i> =71)	14.1 (3.1)	13.3 (3.3)	13.9 (4.5)	12.8 (2.9)	12.6 (3.6)
Algemene bevolking (<i>n</i> =91-94)	15.6 (2.8)	14.6 (2.2)	15.2 (3.0)	15.7 (2.0)	15.2 (3.6)
Polikliniek patiënten (<i>n</i> =149)	11.5 (3.0)	10.2 (2.4)	12.2 (3.5)	13.2 (2.5)	10.7 (3.4)
Gedetineerden zonder psychiatrische stoornis (<i>n</i> =17)	16.2 (1.8)	15.7 (2.3)	17.4 (2.3)	14.1 (2.6)	16.1 (3.0)
Gedetineerden op zorgafdeling (<i>n</i> =39)	14.5 (3.1)	13.5 (3.3)	13.6 (3.6)	13.4 (2.8)	12.8 (3.7)
Gedetineerden op reguliere afdeling (RA; <i>n</i> =49)	14.5 (2.9)	14.0 (3.2)	15.3 (4.8)	12.7 (3.0)	13.8 (3.7)
Gedetineerden (RA) met psychische stoornis (<i>n</i> =32)	13.6 (3.0)	13.2 (3.3)	14.1 (5.4)	12.0 (3.0)	12.5 (3.5)
Gedetineerden met een DSM IV classificatie op één as ¹ (<i>n</i> =53)	14.4 (3.1)	13.5 (3.3)	14.0 (4.6)	13.2 (2.8)	12.8 (3.7)
Gedetineerden met comorbiditeit ² (<i>n</i> =18)	13.3 (2.9)	12.7 (3.1)	13.4 (4.2)	11.5 (3.0)	12.2 (3.2)

Domein I: Fysieke gezondheid; Domein II: Psychische gezondheid; Domein III: Sociale relaties; Domein IV: Omgeving; Overkoepelend facet: Algehele kwaliteit van leven en Algemene gezondheid. SD=standaard deviatie

¹ Gedetineerde DSM IV classificatie op één as: Gedetineerde is gediagnosticeerd met één of meer diagnoses op ófwel As-I ófwel As-II van de DSM IV classificatie.

² Comorbiditeit: Gedetineerde is gediagnosticeerd met één of meer diagnoses op zowel As-I als As-II van de DSM IV classificatie.

Tabel 6. Verschillen in scores op de WHOQOL-Bref tussen de studiegroep (gedetineerden met psychische stoornissen) en de referentiegroepen en subgroepen.

	Afhangelijke variabelen: Domeinen van de WHOQOL-Bref				
	DI	DII	DIII	DIV	Overk.facet
One-Way ANOVA: F	45.45	73.32	21.46	25.81	39.31
One-Way ANOVA: Sig.	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Studiegroep v. algemene Nederlands bevolking ²	+ ¹	++		+++	+++
Studiegroep v. psychiatrische polikliniekpatiënten ²	+++	+++	++		++
Studiegroep v. gedetineerden zonder psychopathologie ²		++	++		++
gedetineerden zonder psychopathologie v. algemene Nederlands bevolking ²					
gedetineerden zonder psychopathologie v. psychiatrische polikliniekpatiënten ²	+++	+++	+++		+++
Algemene Nederlands bevolking ² v. psychiatrische polikliniekpatiënten ^{2,3}	+++	+++	+++	+++	+++
Gedetineerden op zorgafdeling v. gedetineerden op reguliere afdeling ⁴					
Gedetineerden op zorgafdeling v. P				+	
Gedetineerden op reguliere afdeling met psychische stoornissen ⁴					
Gedetineerden met stoornis op één as (DSM IV) v. gedetineerden met stoornissen op twee assen ⁴				+	

DI, Domein I: Fysieke gezondheid; DII, Domein II: Psychische gezondheid; DIII, Domein III: Sociale relaties; DIV, Domein IV: Omgeving; Overkoepelend facet: Algehele kwaliteit van leven en Algemene gezondheid. SD=standaard deviatie

¹ Significantieverschillen tussen groepen op niveau 0.05 zijn gemarkeerd met (+), op niveau 0.01 met (++) en op niveau 0.001 met (+++).

² One-Way ANOVA (with Post Hoc Bonferroni).

³ Deze resultaten zijn overgenomen en bewerkt (met toestemming) van Masthoff e.a. (2006).

⁴ Student *t*-testen.

VERBANDEN TUSSEN KWALITEIT VAN LEVEN EN DSM-IV CLASSIFICATIES, VERSLAVINGSPROBLEMEN EN ACTUEEL GEBRUIK VAN PSYCHOTROPE MEDICATIE

Binnen de groep gedetineerden met psychiatrische stoornissen werden geen verschillen in kwaliteit van leven scores gevonden tussen de deelnemers met alleen een As-I diagnose en deelnemers met alleen een persoonlijkheidsstoornis. Binnen de groep gedetineerden met een As-I diagnose hadden gedetineerden met een pervasieve ontwikkelingsstoornis lagere scores op het domein Psychologische gezondheid in vergelijking met deelnemers met een psychotische stoornis ($MD=-5.68, p<0.01$), deelnemers met een stemmingsstoornis ($MD=-5.97, p<0.05$) en deelnemers met ADHD ($MD=-6.51, p<0.01$). Bovendien scoorden de deelnemers met een pervasieve ontwikkelingsstoornis lager op het omgevingsdomein in vergelijking met participanten met een psychotische stoornis ($MD=-4.99, p<0.05$) en deelnemers met een ADHD ($MD=-5.08, p<0.05$).

Tussen de subgroepen deelnemers met persoonlijkheidsstoornissen onderverdeeld naar de verschillende clusters werden geen verschillen in kwaliteit van leven scores gevonden. Gedetineerden met co-morbiditeit scoorden lager op het domein Sociale relaties in vergelijking met gedetineerden met morbiditeit op één as.

Gedetineerden die op de speciale zorgeenheid verbleven scoorden in vergelijking met gedetineerden met psychiatrische stoornis op de reguliere afdeling hoger op het domein sociale relaties.

Geen significante verbanden werden gevonden tussen de onafhankelijke variabelen somatische klachten of diagnoses en kwaliteit van leven.

Deelnemers met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik/afhankelijkheid voorafgaand aan detentie ($n=55$) scoorden hoger op het domein Omgeving in vergelijking met deelnemers zonder een dergelijke voorgeschiedenis ($MD=-2.26, p<0.01$). Dit gold zowel voor een voorgeschiedenis van misbruik/afhankelijkheid van opiaten als van tranquillizers. Deze beide groepen scoorden ook lager op het overkoepelende algehele kwaliteit van leven en algemene gezondheidsfacet.

In vergelijking met de ambulante psychiatrische patiënten met vormen van middelenmisbruik en/of -afhankelijkheid ($n=19$) scoorden gedetineerden met dergelijk misbruik/afhankelijkheid hoger op de domeinen Fysieke gezondheid ($MD=-3.22, p<0.001$), Psychologische gezondheid ($MD=-3.52, p<0.001$) en het facet algehele kwaliteit van leven en algemene gezondheid ($MD=-2.15, p<0.05$).

Hoewel geen significante verschillen in kwaliteit van leven scores werden gevonden tussen deelnemers die psychotrope medicatie gebruikten op het moment van onderzoek en deelnemers die dat niet deden, was het gebruik van sommige typen medicatie gerelateerd aan aspecten van kwaliteit van leven. Deelnemers die

antidepressieve medicatie gebruikten scoorden lager op de kwaliteit van leven domeinen Fysieke gezondheid en Psychologische gezondheid in vergelijking met degenen die dat niet deden. Gedetineerden die voorgeschreven benzodiazepinen gebruikten scoorden in vergelijking met deelnemers die dit soort medicatie niet namen lager op het kwaliteit van leven domein Psychologische gezondheid en het overkoepelende facet.

De GAF-scores correleerden positief met de kwaliteit van leven domeinen Psychologische gezondheid ($r=0.24, p<0.05$) en Sociale relaties ($r=0.29, p<0.05$).

VERBANDEN TUSSEN KWALITEIT VAN LEVEN EN SOCIALE EN DEMOGRAFISCHE VARIABELEN

Er werden geen significante relaties gevonden tussen enerzijds leeftijd, culturele achtergrond, gedragsproblemen in de jeugd van de deelnemers, schulden, het hebben van werk of school voorafgaand aan de detentie en aan de andere kant kwaliteit van leven scores.

Gedetineerden die op het moment van het onderzoek een partnerrelatie hadden scoorden hoger op het kwaliteit van leven domein Sociale relaties in vergelijking met deelnemers zonder partnerrelatie (of korter dan drie maanden) ($MD=3.95, p<0.01$). Deelnemers die contact hadden met hun familieleden scoorden hoger op het kwaliteit van leven domein Sociale relaties in vergelijking met deelnemers die geen contact hadden met hun familieleden ($MD=4.44, p<0.01$). Deelnemers met een sociaal netwerk dat bestond uit minder dan drie personen scoorden lager op het kwaliteit van leven domein Sociale relaties in vergelijking met deelnemers met een sociaal netwerk van drie tot zes personen ($MD=-3.29, p<0.05$) en ook vergeleken met deelnemers met een sociaal netwerk groter dan zes personen ($MD=-4.36, p<0.001$).

Deelnemers zonder afgerond onderwijs scoorden lager op het Overkoepelend facet in vergelijking met deelnemers die een beroepsopleiding afronden ($MD=-2.73, p<0.01$) en zij scoorden op het domein Psychologische gezondheid ook lager in vergelijking met deelnemers met alleen deelcertificaten ($MD=-2.87, p<0.05$). Deelnemers die op het moment van onderzoek geen vooruitzicht hadden op accommodatie na hun vrijlating scoorden lager op het domein Sociale relaties in vergelijking met deelnemers waarvoor tijdelijke ($MD=-3.43, p<0.05$) of permanente accommodatie ($MD=-3.47, p<0.05$) voorhanden was.

RELATIES TUSSEN KWALITEIT VAN LEVEN EN JURIDISCHE EN PENITENTIAIRE VARIABELEN

Er werden geen significante verschillen in kwaliteit van leven scores gevonden tussen de subgroepen deelnemers ingedeeld op juridische status. Er waren ook geen significante correlaties tussen kwaliteit van leven en de duur van de detentie in dagen op het moment van onderzoek, de opgelegde detentie in dagen, het resterende aantal dagen detentie of de verwachte duur van de detentie vanaf het moment van onderzoek. Ook onderverdeeld naar delictclusters waren de verbanden met gemiddelde kwaliteit van levenscores slechts zeer beperkt, ondanks enige verschillen in gemiddelde kwaliteit van leven scores (zie tabel 4).

MEERVOUDIGE REGRESSIE ANALYSEN

De resultaten van de meervoudige regressie analyses worden getoond in tabel 7. In de studiepopulatie verklaarden de onderzochte onafhankelijke variabelen tot een maximum van 34.0% van de totale variantie op de domeinen Omgeving en het Overkoepelende facet algehele kwaliteit van leven en algemene gezondheid. In de groep van alle gedetineerden verklaarden de psychopathologische, sociale en demografische variabelen 25.3% van de variantie. In deze groep verklaarden juridische en penitentiaire variabelen geen variantie van kwaliteit van leven.

Tabel 7. Meervoudige regressieanalyse (Stapsgewijze methode), domeinen kwaliteit van leven en onderzochte factoren.

	<i>Afhankelijke variabelen</i>	F	p	<i>Onafhankelijke variabelen</i>	R² totaal*	β
Gedetineerden met psychische stoornissen (n=71)	Fysieke	7.23	<0.05	Verblijf op zorgafdeling	0.13	0.38
	Psychologische	6.62	<0.01	As-I stoornis	0.14	-0.44
				Medicatiegebruik: benzodiazepines	0.21	-0.29
	Sociale relaties	9.84	<0.01	Sociaal netwerk	0.17	0.44
	Omgeving	8.22	<0.001	Partnerrelatie	0.15	0.38
				Verslaving voorafgaand aan	0.27	-0.40
				Medicatiegebruik: antidepressiva	0.34	-0.28
	Overkoepelend facet**	8.39	<0.001	Medicatiegebruik: benzodiazepines	0.19	-0.56
				Verslaving voorafgaand aan detentie	0.26	-0.34
				Sociaal netwerk	0.34	0.30
Alle gedetineerden (n=88)	Fysieke gezondheid	7.41	0.001	Medicatiegebruik: antidepressiva	0.09	-0.27
				Aanwezigheid psychopathologie	0.13	0.22
	Psychologische gezondheid	10.39	<0.001	Medicatiegebruik: antidepressiva	0.14	-0.34
				Aanwezigheid psychopathologie	0.18	-0.22
	Sociale relaties	10.82	<0.001	Huisvesting na detentie beschikbaar	0.17	0.24
				Sociaal netwerk	0.23	0.28
				Aanwezigheid psychopathologie	0.25	-0.20
	Omgeving			***		
	Overkoepelend facet**	9.70	<0.001	Aanwezigheid psychopathologie	0.13	-0.31
				Medicatiegebruik: benzodiazepines	0.20	-0.23
				Niveau van onderwijs	0.23	0.22

* Adjusted R-square

** Algehele kwaliteit van leven en gezondheid

*** Geen significante relaties vastgesteld

Discussie

In deze studie werd de kwaliteit van leven van Nederlandse mannelijke gedetineerden met psychiatrische stoornissen bepaald en vergeleken met de kwaliteit van leven van (1) mannen in de algemene Nederlandse bevolking, (2) ambulante psychiatrische patiënten en (3) Gedetineerden zonder psychopathologie. Daarnaast werden relaties tussen kwaliteit van leven dimensies aan de ene kant en psychopathologische, sociale, demografische, juridische en penitentiaire factoren aan de andere kant onderzocht.

Vergeleken met zowel de referentiegroepen uit de algemene bevolking en gedetineerden zonder psychopathologie, hadden gedetineerden met psychiatrische stoornissen een slechtere kwaliteit van leven op alle dimensies van het onderzoeksinstrument met uitzondering van het domein Sociale relaties (algemene bevolking) en Omgeving (gevangenen zonder psychopathologie). Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek. Masthoff e.a. (2006a) en Trompenaars e.a. (2006) onderzochten de kwaliteit van leven van een ambulante populatie psychiatrische patiënten en vonden een negatieve relatie tussen de aanwezigheid van psychopathologie en kwaliteit van leven. Een vergelijkbare relatie is gevonden bij patiënten met angststoornissen (Schneier, 1997), bij psychotische patiënten (Bobes en González, 1997; Chan e.a., 2003; Herrman, 2002; Killian e.a. 2002) en bij depressieve patiënten (Angermeyer e.a., 2002; Bonicatto e.a., 2001; Simon, 2003; Skevington en Wright, 2001).

Hoewel de ernst van de psychopathologie in de onderzoeksgroep beoordeeld werd als ernstiger dan in de ambulante patiënten referentiegroep (met name op basis van een hogere prevalentie van psychotische stoornissen), hadden gedetineerden met psychiatrische stoornissen een hogere kwaliteit van leven op alle kwaliteit van levendomeinen behoudens het Omgevingsdomein. Deze bevinding is in overeenstemming met eerder onderzoek dat aangaf dat institutionalisatie in medium en hoog beveiligde forensische behandelsettings positief gerelateerd is aan de kwaliteit van leven van psychiatrisch gestoorde delictplegers (Walker en Gudjonsson, 2000). Ook Hodgins e.a. (2007) vonden recent dat schizofrene patiënten die ontslagen waren vanuit een forensische setting het beter deden op meerdere uitkomstmaten (niveau van symptomatologie, agressief gedrag) dan patiënten ontslagen vanuit de algemene psychiatrie, ondanks dat de forensische groep een slechtere voorgeschiedenis had met

betrekking tot geweld, antisociale gedragspatronen en illegaal drugsmisbruik. Dit duidt er op dat elementen van de detentiesetting een mitigerend effect hebben op het negatieve effect op kwaliteit van leven dat inherent is aan psychopathologie. Andere mogelijke verklaringen voor deze bevinding zijn de relatieve afwezigheid van drugs en de lage behandeldruk in de detentiesetting.

De kwaliteit van leven van gedetineerden zonder psychopathologie was vergelijkbaar met de kwaliteit van leven in de algemene bevolking en beter dan de kwaliteit van leven van de ambulante psychiatrische patiënten met uitzondering van het domein Omgeving. Hoewel er geen data beschikbaar waren betreffende de kwaliteit van leven van de gedetineerden voorafgaand aan detentie zou deze bevinding er op kunnen wijzen dat de aan de detentie inherente structurering van de individuele gedetineerde, de veiligheid, de voorspelbaarheid en de relatief lage eisen aan de individuele gedetineerde de kwaliteit van leven niet doen verminderen en zelfs positief kunnen beïnvloeden. Het feit dat de omgevingsdimensie scores wel lager waren is mogelijk gerelateerd aan de aan detentie inherente deprivatie.

In lijn met eerder onderzoek (Bulten en Zwemstra 2001; Bland e.a., 1998; Schoenmaker en Van Zessen, 1997) vonden wij bij gedetineerden een hoge prevalentie van (ernstige) psychopathologie op zowel As-I en As-II, niet alleen op zorgafdelingen (100%) maar ook in de reguliere afdeling (65%). De impact van As-I en As-II stoornissen op de ervaren kwaliteit van leven was vergelijkbaar, een bevinding die overeenkomt met de resultaten van eerder onderzoek (Masthoff e.a. 2006a; Trompenaars e.a. 2006). Dit impliceert dat vraagtekens kunnen worden gezet bij de vaak impliciete notie van klinici dat patiënten met As-I stoornissen de meer zorgbehoeftige ‘echte’ patiënten zijn terwijl patiënten met As-II stoornissen vooral lastige mensen zijn die hun gedrag moeten aanpassen of anders de consequenties moeten accepteren. Deze bevinding van vergelijkbare vermindering van kwaliteit van leven is des te pregnanter omdat binnen de detentiesetting de prevalentie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (prototypisch voor lastig zijn) binnen de groep met een As-II stoornis hoog is.

In contrast met de bevindingen van Mooney e.a. (2002), vonden wij slechts beperkte correlaties tussen kwaliteit van leven en (specifieke typen van) middelenafhankelijkheid/misbruik. Een mogelijke verklaring voor dit contrast is dat in onze studie verslaving/misbruik geoperationaliseerd werd als aanwezig voorafgaand aan de detentie, terwijl vastgestelde kwaliteit van leven betrekking had op de twee weken

voorafgaand aan het onderzoek van de gedetineerde. Dit zou kunnen betekenen dat het enkele feit van een meer of minder geforceerde abstinentie, bij sommigen ondersteund door het gecontroleerde gebruik van methadon of andere psychotrope medicatie, de kwaliteit van leven van de gedetineerden met drugsgesrelateerde stoornissen brengt op het niveau van de algemene bevolking. Wat pleit voor deze hypothese is de bevinding dat gedetineerden (met en zonder mentale stoornissen) met middelenmisbruik/afhankelijkheid in de periode voorafgaand aan detentie (68.2%) substantieel hogere scores hadden op de Fysieke en Psychologische kwaliteit van leven dimensies en het overkoepelende facet in vergelijking met ambulante patiënten met middelenmisbruik/afhankelijkheid. Mogelijk bereikten de gemiddelde verschillen op de sociale en omgevingsdimensies geen significantie door de kleine ambulante referentiegroep met afhankelijkheidsproblematiek ($n=19$). Deze bevindingen lijken er op te wijzen dat voor de verslaafde groepen de beoogde leedtoevoeging van de detentie niet lijkt te bestaan. Men kan veronderstellen dat verslaafden een betere kwaliteit van leven ervaren in detentie dan in de vrije maatschappij waar deze mensen vaak moeten overleven en husselen voor hun alcohol en drugs. Dit zou een deel kunnen zijn van de verklaring voor het draaideuraspect van de detenties voor deze groep.

Slechts enkele significante correlaties werden gevonden tussen sociale en demografische variabelen en kwaliteit van leven. Deelnemers met een langer bestaande partnerrelatie en/of contact met de meeste leden van hun familie en/of een substantieel sociaal netwerk hadden een significant betere kwaliteit van leven op de sociale dimensie. Dit gold ook voor de aanwezigheid van huisvesting na detentie. Deze bevindingen lijken te impliceren dat gedetineerden zich snel aanpassen aan de detentie vooral als zij in staat zijn contacten met familie en vrienden te kunnen blijven onderhouden en er perspectief is voor een stabiele situatie na de detentie.

De juridische en penitentiaire variabelen vertoonden geen samenhang met de kwaliteit van leven van de gedetineerden. Noch de lengte van detentie voorafgaand aan het onderzoek noch de verwachte duur van de detentie na het onderzoek of de totale lengte van de detentie of het type delict, dat de belangrijkste reden was voor de detentie, waren significant gerelateerd aan de kwaliteit van leven.

Zoals verwacht verklaarden psychopathologische factoren het grootste deel van de bekende variantie van kwaliteit van leven terwijl de bekende variantie van de sociale dimensie van kwaliteit van leven grotendeels verklaard werd door verschillende sociale variabelen. Deze resultaten zijn in lijn met bevindingen uit eerdere studies (Masthoff e.a. 2006a, 2006b; Trompenaars e.a. 2005a, 2005b).

Een enigszins verrassende uitkomst was dat de juridische en penitentiaire factoren zoals blijkt uit de regressieanalyses hierbij nauwelijks een rol speelden.

Beperkingen van dit onderzoek

Beperkingen van dit onderzoek zijn het cross-sectionele onderzoeksdesign en de soms kleine subgroepen (vooral de groep gedetineerden zonder psychopathologie). Deze laatstgenoemde beperking maakte het moeilijker om statistische significantie te bereiken. Daarnaast werd de psychopathologie van de gedetineerdengroep gedomineerd door psychotische stoornissen terwijl de referentiegroep ambulante patiënten voornamelijk gekenmerkt werd door angst- en depressieve stoornissen, wat beide groepen niet volledig vergelijkbaar maakte. Daarnaast vond dit onderzoek plaats in slechts één Nederlandse penitentiaire inrichting wat, hoewel naar het lijkt representatief voor Nederland, toch een bron van vertekening zou kunnen zijn. Vanwege de diversiteit in penitentiaire regelgeving en cultuur in verschillende landen, kunnen de bevindingen en resultaten van deze studie slechts een indicatie zijn voor mogelijke relaties tussen kwaliteit van leven en psychopathologie in detentiesettings in andere westerse landen.

Op grond van de genoemde beperkingen wordt aanbevolen om in toekomstige onderzoeken een longitudinaal onderzoeksdesign te gebruiken om het verloop van de kwaliteit van leven en haar determinanten van (grotere groepen) van gedetineerden gedurende hun detentie te volgen. Tevens is een interessante onderzoeksvraag voor toekomstig onderzoek of de conclusies van deze studie eveneens van toepassing zijn op gedetineerden in andere landen met een andere detentiecultuur.

Conclusie

De kwaliteit van leven van gedetineerden met psychiatrische stoornissen was beter dan op voorhand verwacht. De verwachte substantieel lagere kwaliteit van leven ten gevolge van detentie werd alleen gevonden op de omgevingsdimensie voor zowel gedetineerden met DSM-IV As-I als As-II stoornissen, maar niet op de andere dimensies van kwaliteit van leven.

De kwaliteit van leven van gedetineerden met psychiatrische stoornissen was weliswaar slechter dan die in de algemene bevolking en die van niet psychiatrisch zieke gedetineerden maar beter dan die van ambulante psychiatrische patiënten. Voor de groep met middelenmisbruik bestond deze positieve correlatie nog uitgesprokener. Het huidige detentieklimaat in de Nederlandse gevangenissen lijkt tegemoet te komen aan veel algemeen menselijke behoeften, speciaal voor mensen met psychopathologie. Het lijkt er dus op dat de structuur en veiligheid in de Nederlandse detentiesetting, de lage algemene eisen aan de gedetineerden, de lage behandeldruk en

de beschikbaarheid van basale (met name farmacologische en supportieve) behandeling hierin een rol speelt.

Het lijkt aanbeveling te verdienen om deze factoren ook (meer) te implementeren in de behandelpraktijk van de algemene psychiatrie/GGZ zodat men ook daar moeilijkere populaties van psychiatrische patiënten met veel co-morbiditeit gekenmerkt door ernstige en complexe psychopathologie, middelenmisbruik, (criminele) gedragsproblemen en een beperkte of afwezige motivatie voor vrijwillige behandeling adequaat kan opvangen.

Literatuur

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 4rd edn. (DSM-IV-TR). Washington DC.

Andersen, H.S. (2004). Mental Health in Prison Populations: A review with special emphasis on Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 5-55.

Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Matschinger, H. en Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: Results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 189-199.

Blaauw, E., Roesch, R. en Kerkhof, A. (2000). Mental Disorders in European Prisonsystems. *International Journal of Law and Mental Health*, 23, 649-663.

Bland, R.C., Newman, S.C., Thompson, A.H. en Dyck, R.J. (1998). Psychiatric disorders in the population and among prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 273-279.

Bobes, J. en González, M.P. (1997). Quality of life in schizophrenia. In: H. Katschnig, H. Freeman en N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (165-178). Chichester: Wiley.

Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. en Pecina, P. (2001) Adult outpatients with depression: Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.

Bulten, B.H., Zwemstra, J.C. en Pullens M.J.A. (2001). Behandeling in detentie ter vermindering van recidive. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 4, 300-315.

Chan, G.W., Ungvari, G.S., Shek, D.T. en Leung Dagger, J.J. (2003). Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Honk Kong: Quality of life and its correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 196-203.

De Vries, J. (1996). *Beyond health status. Construction and validation of the Dutch WHO Quality of Life assessment instrument*. Ph.D. Thesis. Tilburg: Universiteit Tilburg.

De Vries, J. en Van Heck, G.L. (1995). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-100*, Tilburg: Universiteit Tilburg.

De Vries, J. en Van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation study with the Dutch version. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 164-178.

De Vries, J. en Van Heck, G.L. (2003). *De Nederlandse handleiding van de WHOQOL*, Tilburg: Universiteit Tilburg.

First, M.B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. en Williams, J.B.W. (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Herrman, H., Hawthorne, G. en Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.

Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., e.a., (2007). A Comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 63-75.

Killian, R., Matschinger, H., Loeffler, W., Roick, C. en Angermeyer, M.C. (2002). A comparison of methods to handle skew distribution cost variables in the analysis of the resource consumption in schizophrenia treatment. *Journal of Mental Health and Policy Economics*, 5, 21-31.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, e.a., (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279–284.

Masthoff, E.D., Trompenaars, F.J., Van Heck, G.L., Hodiament, P.P. en De Vries, J. (2006a). Quality of life and psychopathology: Investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 333-340.

Masthoff E.D., Trompenaars F.J., Van Heck G.L., Hodiament P.P. en De Vries J. (2006b). Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. *Social Indicators Research*, 76, 165-184.

Mooney, M., Hannon, F., Barry, M., Friel, S. en Kelleher, C. (2002). *Perceived quality of life and mental health status of Irish female prisoners. Irish Medical Journal*, 95, 241-243.

Saloppé, X. en Pham, T.H. (2006). Validation du WHOQOL-bref en Hôpital psychiatrique sécuritaire. *Psychiatrie et Violence*, 1, 1-25.

Schneier, F.R. (1997). Quality of life in anxiety disorders. In H. Katschnig, H. Freeman en N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (149-163). Chichester: Wiley.

Schoenmaker, C. en Zessen, G. (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden [Mental disorders in prisoners]*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Simon, E.S. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.

Skevington, S.M., Lotfy, M. en O'Connel, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

Skevington, S.M. en Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: Validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry*, 178, 261-267.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. en First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiament, P.P. en De Vries, J. (2005a). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 1, 151-160.

Trompenaars F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiament P.P. en De Vries, J. (2005b). Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 7, 588-594.

Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiament, P.P. en De Vries, J. (2006). The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Investigating its discriminant ability for psychiatric outpatients. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 207-215.

Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A.H. en Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory? *International Review of Psychiatry*, 14, 198-202.

Walker, J. en Gudjonsson, G. (2000). The Lancashire Quality of Life Profile: Data on experiences with 58 detained mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 123-135.

Weertman, A., Arntz, A. en Kerkhofs, M.L.M. (2000). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV As-II persoonlijkheidsstoornissen*). Lisse: Swets en Zeitlinger.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.

Zwemstra, J.C., Van Panhuis, P.J.A. en Bulten, B.H. (2003). Schizofrenie in de gevangenis: Over de prevalentie, achtergronden en kenmerken van gedetineerden met schizofrenie en over de mogelijkheden en de beperkingen van hun behandeling. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 53-63.

5. Grensverkeer van forensisch psychiatrische patiënten tussen het justitiële en GGZ domein

Verslag van een halfjaarlijkse monitoring in Zuid-Nederland.

J.C. Zwemstra

Samenvatting

Gedurende een half jaar werd de door- en uitstroompatronen gemonitord van verschillende forensische psychiatrische voorzieningen in detentie en de forensische behandelsector. De populatie in de verschillende voorzieningen blijken meer onderscheiden dan vooraf verwacht. Mede daardoor is er ook weinig sprake van onderlinge doorstroom of overname van behandeling. Bij uitstroom naar reguliere zorgvoorzieningen is dit vaak niet naar het beoogde zorg- en beveiligingsniveau. Er wordt geconcludeerd dat er onvoldoende samenhang in de voorzieningen ten bate van de forensische psychiatrische zorg is en er vooral tekorten zijn voor gesloten, langer durende intensieve behandel- en/of verblijfspatiënten. Met name speelt dit bij patiënten met chronische (psychotische) problematiek en comorbiditeit en een grote zorg- en structuurbehoefte.

Inleiding

Psychisch gestoorden met (dreigend) delictgedrag bevinden zich zowel in het penitentiaire zorgsysteem, de reguliere GGZ, de forensische GGZ en worden ter afstemming van behandelinspanningen besproken in regionale forensisch psychiatrisch netwerkoeverleggen(FPN).

Het grensverkeer en de mogelijkheden tot overplaatsingen van forensisch psychiatrische patiënten c.q. justitiabelen over en weer worden door vele partijen in het forensisch veld als moeizaam, problematisch en soms zelfs vrijwel onmogelijk ervaren. Dit leidt er regelmatig toe dat in een bepaalde voorziening een gestabiliseerde forensisch psychiatrische patiënt door ontbrekende aansluitende zorg snel weer terugvalt in zijn pathologie en daarmee in de ermee samenhangende gedragsstoornis. Tot op heden vond geen onderzoek of gesystematiseerde inventarisering plaats van dit grensverkeer en daarbij gevoelde knelpunten.

Vaak genoemde knelpunten zijn onvoldoende mogelijkheden tot langer durende behandeling op gesloten plaatsen voor psychiatrische patiënten met justitiële problematiek en onvoldoende behandelaanbod voor overlast veroorzakende verslaafden en psychisch gestoorden.

Opzet

Voortvloeiend uit de door de ministeries van VWS en Justitie in 2002 geëntameerde forensisch psychiatrische circuitvorming werd in het hofressort Den Bosch (Brabant en Limburg) gedurende een half jaar in een vijftal domeinen van het forensisch psychiatrisch veld systematisch bijgehouden (gemonitord) wat de problematiek, de achtergronden en met name de door- en uitstroom waren van de patiënten/justitiabelen in de verschillende velden.

Hierin participeerden een TBS-kliniek, een FPK-kliniek, een forensisch psychiatrische poli- en dagklinik, een IBA (Individuele BegeleidingsAfdeling, een zorgafdeling van het gevangeniswezen), een FPA (Forensisch Psychiatrische Afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis) en een regionaal forensisch psychiatrisch netwerk (FPN).

Doelstellingen waren het meer zichtbaar maken van de patiëntenstromen in ons ressort en het signaleren van knelpunten en eventuele lacunes in de zorgvoorzieningen.

De vragenlijsten werden beantwoord door de behandelaren van de betreffende afdelingen of een lid van het voor de patiënten verantwoordelijke team. Gevraagd was dit te doen op het moment van uitstroom in de periode van 01.03.03 t/m 01.09.03. Het betrof de volgende items:

Leeftijd

Geslacht

Delictcategorie

Diagnostische categorie
Middelengebruik, actueel of in de voorgeschiedenis
Medicatie
Justitiële voorgeschiedenis
Categorie index delict
Sociaal netwerk
Eerdere hulpverlening
Bij de zorg eerder betrokken instellingen
Voorziening waar betrokkene bij afronding naar door- of uitstroomde

Verondersteld wordt dat de bevindingen van de hier onderzochte afdelingen/netwerken redelijk representatief zijn voor de vergelijkbare voorzieningen in andere regio's van het land en dat ook de conclusies een grotere dan alleen ressortelijke reikwijdte hebben.

Bevindingen

Achtereenvolgens zullen de bevindingen van de verschillende afdelingen/netwerken worden besproken en vervolgens zal een overkoepelend beeld worden geschetst dat uit deze monitoring voortvloeit. Er wordt geëindigd met een aantal conclusies en aanbevelingen.

De IBA

De IBA van de P.I. Grave is een zorgafdeling van het gevangeniswezen met 24 plaatsen. Gedetineerden worden er via een landelijke indicatiecommissie geplaatst vanwege psychische kwetsbaarheid en dito problematiek tijdens detentie. In de onderzochte periode werden er 30 personen uitgeplaatst die voor 90% als hoofddiagnose een psychotische stoornis hadden waarvan 50% schizofrenie; 60% was ingesteld op antipsychotische medicatie. Van de onderzochte groep was 13% zwakbegaafd. Bij tweederde speelde alcohol- of middelenmisbruik c.q. afhankelijkheid. De delicten betroffen in 70% van de gevallen geweldsdelicten (van verbale bedreiging t/m doodslag).

Uitplaatsingen betreffen in 30% van de gevallen overplaatsingen binnen het gevangeniswezen, veelal naar andere afdelingen met een hoog zorgniveau (andere IBA, FOBA, e.a.). De “echte” uitplaatsingen, dus aansluitende zorg tijdens of na detentie, betreffen in 33% van de gevallen een klinisch forensisch psychiatrische voorziening. Dit zijn allemaal door de rechter opgelegde maatregelen, dat wil zeggen TBS maatregelen en art. 37 Sr maatregelen (plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis).

In 33% van de gevallen werd verwezen naar de ambulante psychiatrie, ambulante verslavingszorg of reclassering, in 25% van de gevallen was er geen vervolgvrijzing.

Slechts twee mensen(7%) werden aansluitend opgenomen in de klinische verslavingszorg of een woonvoorziening.

Als knelpunt werd door de behandelaar benoemd dat de zorgintensiteit van de uitstroomvoorziening veelal minder hoog was dan geïndiceerd of beoogd.

De TBS-kliniek (FPI)

De TBS-kliniek de Rooijse Wissel plaatste 8 mensen uit in de onderzoeksperiode. Vier (50%) met een hoofddiagnose in het psychotische spectrum, 3 met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose.

De delictachtergronden betroffen geweld (87%) en brandstichting (37%).

Qua uitstroom gingen er 2 naar een FPA, 2 naar een regulier psychiatrisch ziekenhuis en 4 gingen er (begeleid) zelfstandig wonen.

Kanttekeningen bij deze uitstroom waren dat het vaak om door de TBS kliniek ingekochte plaatsen ging (is dit wel uitstroom?) en vooral plaatsing in de reguliere GGZ in chronische gesloten woonvoorzieningen zeer moeizaam was wegens gebrek aan dit soort plaatsen en het TBS stigma.

De FPA

Op de FPA Venray, ten tijde van het onderzoek bestaande uit 13 plaatsen, stroomden in de onderzoeksperiode 8 mensen uit, allen met een psychotische stoornis. Zes van de 8 hadden comorbide alcohol/middelmisbruik en alle 8 waren ingesteld op antipsychotische medicatie. Qua juridisch kader verbleef tweederde er met een strafrechtelijke machtiging (art. 37 Sr.), eenderde met een vanuit de justitiële keten geïnitieerde BOPZ rechtelijke machtiging.

De uitplaatsingen betreffen in de helft van de gevallen open afdelingen van een APZ (veelal het eigen APZ). Een kwart van de patiënten ging naar huis met poliklinische begeleiding en eveneens een kwart naar een daklozenopvang of een RIBW.

Benoemd knelpunt in de uitstroom was het ontbreken van de noodzakelijk geachte gesloten chronische woonafdeling en de doorplaatsing naar de klinische GGZ van de eigen regio voor verschillende patiënten.

Het FPN

Het Forensisch Psychiatrisch Netwerk Den Bosch is een regionaal afstemmingsoverleg dat tweewekelijks bij elkaar komt om op casusniveau te komen tot afstemming van zorginspanningen tussen de lokale GGZ, reclassering, verslavingszorg, politie, OM en de toenmalige FPD. Alle participanten kunnen daarbij patiënten/klanten inbrengen.

Van het Forensisch Psychiatrisch Netwerk Den Bosch is de beantwoording van de vragenlijsten niet systematisch geweest gedurende het halfjaar en daarmee onvolledig zodat slechts een indicatie verkregen kan worden van de onderhanden problematiek. Persoonlijkheidsproblematiek is de meest voorkomende diagnostische categorie en er is vrijwel altijd sprake van middelen/alcoholmisbruik c.q. -afhankelijkheid.

Veelal was er geen sprake van een opgelegd behandelkader met dwang/drang elementen. Eénmaal was dat er in de vorm van een BOPZ-RM, éénmaal door een aangehouden strafzaak en éénmaal door een met voorwaarden (tot het ondergaan van behandeling) geschorste preventieve hechtenis. Twee patiënten zaten nog/weer in hechtenis.

Andere kenmerken van de populatie waren het nauwelijks hebben van een netwerk, veelal beperkt tot het drugsmilieu of de ouders, dakloosheid of onduidelijkheid over de woonvorm en een behandelvoorgeschiedenis bij minstens twee van de betrokken instellingen.

In het FPN is niet zozeer sprake van uitstroom maar meer van afstemming wat er toe leidde dat er vaak co-producties van de GGZ en verslavingszorg tot stand kwamen en afspraken om waar nodig zo snel mogelijk met politie, OM en reclassering een meer verplichtend kader voor de behandelinspanningen te realiseren.

Als knelpunten werden vanuit het FPN benoemd het (nog) ontbreken van dwingendere kaders voor behandeling en het verdwijnen van de klassieke psychiatrische verblijfsvoorzieningen in de GGZ waaruit sommige cliënten/patiënten na een eerder jarenlang verblijf afkomstig waren.

De forensische dagkliniek

Uit de forensische dagkliniek van het FPC Eindhoven was de uitstroom in de onderzoeksperiode 12 patiënten. Diagnostisch betrof het met name persoonlijkheidsstoornissen in het afhankelijke/vermijdende spectrum (75%).

Qua delictachtergrond betrof het 40% zeden- en 25% geweldsdelinquenten.

Behandeling eindigde veelal als het door de rechtbank opgelegde kader afliep of de patiënt wegbleef (65%), éénmaal door een recidive en daarmee een nieuwe detentie en tweemaal door doorverwijzing naar een minder intensief zorgniveau.

Door middel van een mondelinge toelichting werd nog aangegeven dat ook de bijbehorende forensische polikliniek met 200 tot 250 inschrijvingen per jaar overwegend persoonlijkheidsproblematiek behandelt en slechts in 5 tot 10% van de

gevallen AS I problematiek.¹ Ook op deze polikliniek zijn de delicten veelvuldig zedenzaken (40%) en veel relationeel geweld.

De FPK

De uitstroom op de FPK Eindhoven (122 plaatsen) gedurende het gemonitorde halfjaar betrof 22 patiënten. Altijd was er sprake van een juridisch kader voor verblijf, 5 maal een jeugdkader, zie onderstaande tabel.

FPK behandelkaders (n=22)

- PIJ maatregel	2	10%*
- TBS	7	32%
- Schorsing preventieve hechtenis	6	27%
- Artikel 15 PBW	2	10%
- BOPZ	2	10%
- OTS	3	14%
- Bijzondere voorwaarden voorwaardelijk strafdeel	1	5%

* Er was 2 keer sprake van dubbel kader

Diagnostisch betrof het in ongeveer 50% pathologie in het psychotische of autistische spectrum en in 50% persoonlijkheidspathologie als hoofddiagnose. In ongeveer de helft van de gevallen was er co-morbide middelenmisbruik

De delictachtergrond was divers: 50% in de geweldssfeer en 30% brandstichting.

De uitstroom betrof in ruim 40% van de gevallen weer doorstroom naar een gesloten justitieel systeem: een FPI of HvB.

Van de overige 13 ("echte uitstroom") gingen er 3 naar een RIBW of sociaal pension, 1 naar een open klinische GGZ instelling, en 8 naar huis. Van deze uitstroomgroep had nog ruim 50% een kader als proefverlof TBS, proefontslag BOPZ of nog lopende bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijk strafdeel.

Deze vervolgzorg betrof de ambulante (forensische) GGZ of de ambulante verslavingszorg.

Over de FPK voorziening kan op basis van deze monitoring geconcludeerd worden dat patiënten er vrijwel altijd een (justitieel) drang/dwang kader hebben, dat er in 80%

¹ In de psychiatrische classificatie van het DSM systeem staat AS I voor de psychiatrische ziekte en AS II voor persoonlijkheidsproblematiek en intellectuele beperkingen.

actueel of in de voorgeschiedenis sprake was van middelen- en/of alcoholmisbruik c.q. afhankelijkheid en dat de groep die in de maatschappij uitstroomt in ruim de helft van de gevallen nog een juridisch behandelkader heeft, wat dwang en controle mogelijk maakt.

Overkoepelend beeld en conclusies.

Zeer opvallend komt uit deze monitoring naar voren dat de populaties in de verschillende domeinen diagnostisch duidelijk verschillen. Op de IBA van de penitentiare inrichting, FPA, FPK en TBS kliniek wordt de populatie sterk gekenmerkt door As-I pathologie en daarbij vooral psychotische problematiek (50-90%), vaak gecompliceerd door comorbide middelenmisbruik en -afhankelijkheid, soms ook door zwakbegaafdheid en/of persoonlijkheidsproblematiek. Dit in tegenstelling tot de populatie binnen de ambulante forensisch psychiatrische behandelvoorzieningen en de in het FPN besproken populatie, die veel meer gekenmerkt worden door persoonlijkheidsproblematiek gecompliceerd door verslavingsaspecten en overlast, en met name voor de ambulante forensisch psychiatrische voorzieningen ook door patiënten met delicten in de zedensfeer.

Met andere woorden, ondanks dat deze voorzieningen allemaal forensisch heten te zijn, bedienen ze twee heel verschillende deelpopulaties van de grote populatie forensisch psychiatrische patiënten en sluiten dan ook slecht op elkaar aan.

Dit betekent ook dat ambulante forensische voorzieningen en FPN slechts een beperkte rol hebben in de doorstroming en vervolgopvang na detentie, TBS-episode of klinische forensisch psychiatrische behandeling van vooral de patiënten met As-I problematiek als hoofddiagnose.

Dit klopt met het gevonden gegeven dat de uitstroom vanuit het gevangeniswezen naar (gesloten) klinisch forensisch psychiatrische of algemeen psychiatrische voorzieningen zeer gering is tenzij op basis van een door de strafrechter opgelegde maatregel, dat wil zeggen TBS- of art. 37 Sr. maatregel.

Concluderend: ondanks dat tot 90% van de IBA populatie ernstige As-I psychiatrische problematiek kende komen maatregelen tot plaatsing in een klinische behandelinstelling met behulp van art. 15 PBW om behandeling in psychiatrische instellingen mogelijk te maken nauwelijks tot stand. En nog zorgwekkender ook niet aansluitend aan detentie.

Ook vanuit de TBS kliniek en FPA wordt de doorstroom naar de (gesloten) klinische verblijfspsychiatrie benoemd als moeizaam maar deze lijkt toch tot stand te komen, soms op basis van (wissel)geld in de vorm van inkopen van plaatsen door de forensische

instelling of toezeggingen om bij terugval over te gaan tot heropname van de betreffende patiënt. Dit vooral als er nog een justitieel kader is.

Hoewel ze in de cijfers niet nadrukkelijk terug komen blijkt uit mondelinge toelichtingen dat maatschappelijke opvangvoorzieningen als sociale pensions etc. door hun laagdrempeligheid een belangrijke rol spelen voor deze doelgroep ondanks het geringe opleidingsniveau van de medewerkers en het beperkte beschikbare budget per plaats.

De categorie patiënten in het FPN wordt meer gekenmerkt door persoonlijkheidsproblematiek uit het zogeheten B-cluster, overlast en vermogenscriminaliteit, een gering netwerk, drugsafhankelijkheid en het ontbreken van een afdoende structurerend juridisch behandelkader. Het oppakken van de problematiek in de FPN's door co-producties van de verslavingszorg en de GGZ enerzijds en pogingen om hetzij via het strafrecht hetzij via de BOPZ een meer dwingend behandelkader te scheppen lijkt tegemoet te komen aan de bij het FPN ingebrachte problematiek.

In alle domeinen kwam naar voren dat er knelpunten en/of leemtes lijken te zitten in de doorstroom naar met name gesloten zorgintensieve langer durende behandelpaatsen en dito chronische verblijfplaatsen voor patiënten met chronische psychotische problematiek en co-morbiditeit in de zin van persoonlijkheids- en/of verslavingsproblematiek en een duurzame (intensieve) zorg- en structuurbehoefte. Noch de FPI, noch de FPA, noch de algemene GGZ lijken deze voorziening nadrukkelijk te bieden. De FPI's niet omdat dit veld slechts beperkte longstay voorzieningen heeft voor TBS-gestelden met chronisch ernstig delictgevaar op basis van hun stoornis en daarom steeds verlengde TBS. De FPA's niet omdat ze als doelstelling heeft als tussenvoorziening de doorstroming van het justitiële veld naar de algemene GGZ te faciliteren door een verblijf van maximaal 2 jaar. De algemene GGZ niet omdat dat soort voorzieningen (voor deze doelgroep) haaks staat op de heersende behandel filosofie en opdracht vanuit het ministerie van VWS tot vermaatschappelijking, ambulantisering, regionalisering en afbouw van (gesloten) bedden. Ook staat dit haaks op de sterke interne rechtspositie van de opgenomen patiënten, die begrenzen en structureren moeilijk maakt.

Dit ontbreken van gesloten structurerende zorgintensieve behandel- en verblijfsvoorzieningen lijkt een knelpunt dat niet ressortelijk in circuitoverleg of regionaal in netwerkoverleg kan worden opgelost maar op landelijk niveau moet

worden aangepakt met hetzij een andere maatschappelijke opdracht voor de regionale algemene GGZ instellingen, of de uitbouw van een klinisch forensisch psychiatrisch circuit met bovengenoemde gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen voor (ex)forensische patiënten ter grootte van landelijk minstens enkele honderden plaatsen. Zonder dergelijke voorzieningen, waarbij de voorkeur van ondergetekende uitgaat naar het opzetten van bovenregionale forensisch psychiatrische langer durende behandel- en verblijfsvoorzieningen, blijft er sprake van een eindeloze draaideurproblematiek door alle justitiële en GGZ velden van een substantiële groep patiënten. Deze worden daarmee fors tekort gedaan en veroorzaken veel onnodige maatschappelijke schade. In iets minder uitgesproken mate blijkt het ontbreken van langer durende gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen en daarmee spelende overlast- en draaideur problematiek ook te spelen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg.

Ook in die sectoren lijkt heroverweging van een te ver doorgevoerde ambulantisering overweging te verdienen en verdient ook de plaats van gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen heroverweging.

Met dank aan T. Bierens voor het bewerken van het cijfermateriaal en aan degenen die in de verschillende instellingen de data hebben ingeleverd.

6. *Strafrechtelijk Opgelegde Behandeling Op Maat*

Een pleidooi voor doelmatigere strafrechtelijke kaders voor behandeling anders dan TBS met verpleging

J.C. Zwemstra

Samenvatting

De discrepantie wordt beschreven tussen het gedurende de laatste decennia enerzijds sterk terugdringen van vormen van dwang, paternalisme en best wil denken in de psychiatrie en de zorg en anderzijds een sterke toename van het aantal TBS-gestelden, waarbij juist een zeer vergaande mate van dwang en begrenzing mee gepaard gaat. Geïnventariseerd wordt of versterking van andere strafrechtelijke kaders voor minder vergaande vormen van dwang en drang deze kloof zouden kunnen overbruggen en daarvoor worden oplossingsrichtingen aangedragen.

Gepubliceerd in Sancties 2006/1, blz. 17-23

Inleiding

De afgelopen jaren is er sprake geweest van een snelle stijging van het aantal TBS-gestelden. Was er in 1995 sprake van 650 TBS-gestelden, voorzien is dat dit er in 2010 2150 zijn.¹

Daarnaast is mede door een aantal met zeer veel maatschappelijke onrust gepaard gaande ernstige recidives van (ex)TBS-gestelden de roep om maatschappelijke veiligheid sterk toegenomen, een roep waaraan de politiek tegemoet wil komen door een verhoging van de drempel van de uitstroom bij de TBS. Dit leidde er toe dat de klinische behandelfase van de TBS gemiddeld sterk is verlengd (van ± 5 naar ± 9 jaar de afgelopen 10 jaar). Daarnaast is het aantal opleggingen (150-200 per jaar) onverminderd hoger dan begin jaren negentig. Daardoor is er sprake van een stuwmeer van wachtenden in de huizen van bewaring op een plaatsing in een TBS-kliniek. Het betrof de afgelopen jaren gemiddeld ongeveer 200 patiënten, ondanks forse capaciteitsuitbreidingen.

De sterke groei van het aantal TBS-ers is er dus op basis van zowel een hogere instroom, een tragere doorstroom als een verminderde uitstroom uit de TBS. Een voortdurende toename lijkt niet houdbaar. In dit artikel wil ik een aantal mogelijkheden bespreken om de mogelijkheden te vergroten van andere strafrechtelijke behandelkaders dan de TBS met verpleging bij ernstige delicten waarbij een psychische stoornis of gebrekkige ontwikkeling een rol speelt.

Buiten de forensische psychiatrie vinden verpleging en behandeling in principe plaats op vrijwillige basis. Hierbij is in zowel wetgeving (WGBO) als in de praktijk de hulpvraag van de autonome patiënt leidend. Vroegere bevoogdende en paternalistische elementen in de zorg zijn zeer sterk terug gedrongen en vaak met behulp van wetgeving over patiëntenrechten en klachtrecht onmogelijk gemaakt. In het verlengde hiervan is ook het aantal gesloten behandel- en verblijfplaatsen in psychiatrische inrichtingen en inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten sterk verminderd.

Alleen met de BOPZ, de opvolger van de krankzinnigenwetten, is het in de reguliere zorg sterk geclausuleerd en slechts op basis van een gevaarcriterium mogelijk mensen tegen hun zin op te nemen en te plaatsen in een behandelinrichting. Dit maakt dan echter de noodzakelijke behandeling nog niet mogelijk. Voor dwangbehandeling is ook gevaar (tot 2005 zelfs ernstig gevaar) binnen de behandelafdeling noodzakelijk. In de praktijk is er in de reguliere psychiatrie daarmee een cultuur gegroeid waarbij geslotenheid, begrenzing en het onder dwang toedienen van medisch noodzakelijke

¹ Bron: WODC-rapport Blijvend delictgevaarlijk, 2005.

medicijnen op ieder moment ter discussie staan en onderbouwd moeten worden. Daardoor zijn langerdurende behandeltrajecten met elementen van dwang, bevoogding en structurering in de reguliere psychiatrie sterk verminderd.

Groei strafrechtelijk opgelegde behandelingen

Mede als reactie op en gevolg van bovenstaande is er de afgelopen 10 jaar een zeer sterke groei geweest van via het strafrecht opgelegde behandelingen. Meest voorkomend zijn daarbij de behandelingen die werden opgelegd als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel met toezicht door de reclassering. Deze constructies houden in dat de reclassering er toezicht op houdt dat een justitiabele/patiënt zijn behandeling ondergaat en dat hij daar in voldoende mate aan meewerkt. Als hij/zij zich daaraan onttrekt, wordt dit door de reclasseringsmedewerker teruggemeld aan de officier van justitie die vervolgens bij de rechtbank kan vorderen dat de voorwaardelijke straf alsnog ten uitvoer wordt gelegd. Enkele maanden later zal de rechtbank deze vordering dan honoreren of afwijzen.

Hiermee is er echter sprake van een forse tijdsduur tussen het moment van afbreken van behandeling en de executie van de voorwaardelijke straf; een vordering die bovendien niet altijd plaatsvindt en vervolgens niet altijd wordt gehonoreerd. Dit vermindert de effectiviteit van de voorwaardelijke straf als drukmiddel tot het ondergaan van behandeling.

Voorts is er mogelijkheid dat behandeling wordt opgelegd in het kader van de schorsing preventieve hechtenis met als schorsingsvoorwaarde het ondergaan van een behandeling bij een specifieke instelling X, en er is behandeling in het kader van de TBS met voorwaarden. Bij deze laatste twee kaders kan als de reclassering aan het OM terugmeldt dat de patiënt/justitiabele zich onttrekt aan behandeling, de betrokkene op last van de officier van justitie worden aangehouden, waarna die beslissing vervolgens op de gangbare wijze door de rechter op zijn rechtmatigheid wordt getoetst.

Samenvattend creëren voorwaardelijke behandelkaders een duidelijke stok achter de deur om behandeling te ondergaan. Er gaat echter geen echte dwang van uit en ze hebben veelal bij onttrekken aan behandeling pas na verloop van geruime tijd en soms zelfs helemaal geen strafrechtelijke consequenties.

Ook is er vanuit het strafrecht de mogelijkheid om als een justitiabele/patiënt volledig ontoerekeningsvatbaar geacht wordt (art. 39 Sr.), plaatsing in een psychiatrische inrichting voor de duur van maximaal één jaar op te leggen. Een maatregel waarvoor wat betreft plaatsing dwang vanuit gaat, zij het dat er ook na de fase van preventieve hechtenis veelal eerst een aantal weken tot maanden in een huis van bewaring gewacht

moet worden alvorens een kliniek bereid en in staat is tot opname. Ook deze maatregel maakt, net als de eerder beschreven BOPZ-maatregelen, geen dwangbehandeling mogelijk, tenzij op basis van gevaar dat blijkt binnen de behandelafdeling. Dus niet op grond van een door een arts onderbouwde indicatie voor medisch noodzakelijke zorg of de samenhang van delict en stoornis.

Beperkingen huidige strafrechtelijke behandelkaders

Bij de bovengenoemde art. 37 Sr. Maatregel kan de behandelend arts/psychiater op de betreffende afdeling (formeel de directeur van de instelling) na opname met deze maatregel op ieder moment de patiënt (voorwaardelijk) ontslag verlenen zonder externe toetsing of verantwoording. In de praktijk is de dwang die uitgaat van deze maatregel daarmee in veel gevallen toch betrekkelijk zacht in de zin dat ook afwegingen van patiëntendoorstroming, gebrek aan motivatie en gebrek aan perspectief vaak een rol spelen in doorplaatsing naar poliklinische behandelprogramma's of volledig ontslag. Daarmee is het vanuit het strafrecht met de opgelegde behandelingen (mede) beoogde effect van recidiverisico-preventie onvoldoende leidend.¹ Voortzetting van de maatregel door na afloop een BOPZ-maatregel aan te vragen gebeurt slechts in een beperkt deel van de gevallen.

Een belangrijk aspect in dit discours is dat de stoornissen waarvan bij de oplegging van behandelkaders sprake is, veelal chronisch zijn en daardoor niet met kortdurende, vrijblijvende behandelinspanningen tegemoet kunnen worden getreden. Diagnostisch betreft het namelijk veelal psychotische stoornissen c.q. schizofrenie, autistische stoornissen, vormen van zwakbegaafdheid en zwakzinnigheid en ernstige persoonlijkheidsstoornissen (vaak ook in combinatie met elkaar en met verslavingen).

Er moet mede vanuit bovenstaande geconstateerd worden dat de strafrechter geconfronteerd wordt met een groep met justitie in aanraking komende patiënten, die blijkbaar onvoldoende geholpen werd c.q. kon worden in de op een hulpvraag van het autonome individu gebaseerde reguliere psychiatrie c.q. hulpverlening, maar niet voldoet aan de criteria voor de oplegging van een TBS met verpleging. Er kunnen dan weliswaar kaders opgelegd worden waarmee druk kan worden gelegd op het toch

¹ Er wordt ook wel gesteld dat dit ook niet het beoogde doel van de wetgever met deze maatregel was, anders dan andere via het strafrecht opgelegde behandelingen. In de huidige praktijk is het echter wel een beoogd effect van rechtsplegers en Pro Justitia rapporterend gedragsdeskundigen.

ondergaan van behandelingen, maar deze druk is toch beperkt in vergelijking met het totale en allesbepalende karakter van de TBS met verpleging. Dit leidt bij rapporteurs Pro Justitia in een niet gering aantal zaken tot de conclusie dat behandeling in andere kaders dan de TBS met verpleging vrijwel zeker onvoldoende mogelijkheden geeft, maar dat zolang betrokkene geen TBS-waardige delicten pleegt er ook geen rechtvaardiging is voor de oplegging van de maatregel van TBS. Met andere woorden echt effectieve recidivepreventie is soms pas mogelijk na een TBS-waardig delict (ernstig geweldsdelict met duidelijk recidiverisico), ondanks een onderbouwde inschatting van een reële kans op een dergelijk delict.

Eerder doorgevoerde aanpassingen wettelijke kaders voor behandeling

De afgelopen 10 jaar heeft de wetgever op twee manieren geprobeerd dit in de praktijk van voor rechtbanken rapporterende forensische psychologen en psychiaters ervaren "gat" gedeeltelijk te dichten. Allereerst door de introductie van de maatregel van ISD. Hierbij worden vaak chronisch verslaafde stelselmatige delictplegers, vaak met vormen van psychiatrische co-morbiditeit, voor de duur van maximaal twee jaar geplaatst in een penitentiaire inrichting met een op recidivepreventie en veelal ook op de verslaving gericht behandelprogramma; een dwangmaatregel dus. De eerste evaluaties laten echter zien dat de succespercentages, in de zin van het duurzaam bereiken van abstinentie en doorbreken van het probleemgedrag, laag zijn, zodat vooral het effect van twee jaar van de straat houden en daarmee overlastbestrijding overblijft.

Al eerder is de TBS met aanwijzing getransformeerd naar de TBS met voorwaarden. Als de voorwaarden ambulante behandelingen betreffen zijn ze veelal realiseerbaar maar bij intramurale behandelingen moeten de voorwaarden precies omschreven zijn net als de concrete instelling die de voorwaarden/behandeling gaat uitvoeren. In de dagelijkse praktijk blijken er bij de intramurale behandelingen veel moeilijkheden in de uitvoering, enerzijds omdat de Minister van Justitie in deze geen aanwijzingsbevoegdheid heeft (wordt mogelijk geëffectueerd via de voorstellen van de commissie Houtman), anderzijds doordat de systemen van justitie en de GGZ niet goed op elkaar aansluiten. Het betreft veelal zeer ernstige problematiek waarbij de TBS-klinieken en FPK's bij aanmelding aangeven vol te zitten met mensen met een TBS met verpleging kader en reguliere verstandelijk gehandicapten/ verslaving/GGZ-instellingen de problematiek vaak te zwaar vinden. Gesteld kan daarom worden dat deze beide maatregelen maar beperkt het ervaren gat, dus de grote mate van dwang die van de TBS uitgaat en de beperkte mate van dwang vanuit andere kaders, hebben gedicht.

Oplossingsrichtingen

Om deze kloof te verminderen tussen de slechts op drang gebaseerde voorwaardelijke kaders en de art. 37/39Sr. kaders enerzijds en de TBS met verpleging anderzijds, wil ondergetekende een wettelijke versteviging van de eerst genoemde juridische kaders voor behandeling bepleiten. Doelstelling daarvan is mogelijk maken van meer effectief op recidivepreventie gerichte behandelinspanningen, en in het verlengde daarvan het voorkomen van TBS-waardige delicten en daarmee opleggingen van TBS met verpleging.

Hierbij kan voor wat betreft de voorwaardelijke kaders gedacht worden aan een bevoegdheid van het OM bij overtreding van een bijzondere voorwaarde de voorwaardelijke straf te effectueren zonder dit eerst te vorderen bij de rechter en daarmee de kracht van de stok achter de deur te vergroten. Weliswaar blijft het een drang en geen dwangconstruct maar daardoor wel met een steviger drangelement. Achtergrond van de huidige praktijk in deze is de rechtsbescherming van de justitiabele maar eerder was het reeds de strafrechter die de voorwaardelijke straf oplegde. Denkbaar is een wetswijziging waarbij zeker lagere voorwaardelijke straffen zonder tussenkomst van de rechtbank door het OM geëffectueerd kunnen worden. Een alternatief zou zijn om, net als bij de TBS met voorwaarden of de schorsing voorlopige hechtenis, in hechtenis nemen van de betrokkene lopende de vordering omzetting voorwaardelijk strafdeel mogelijk te maken en dit te laten toetsen bij de rechter. Doel is hierbij dus als het ware een lik op stuk beleid bij afbreken c.q. onvoldoende medewerking aan de middels bijzondere voorwaarde opgelegde behandeling. Gedurende het schrijfproces aan dit artikel werd ondergetekende duidelijk dat op dit moment de Commissie Otte in 2003 al voorstellen voor een wetswijziging in deze geformuleerd heeft.

Ook verdient het overweging om het 3 jaarscriterium bij de oplegging van behandeling in voorwaardelijke kaders los te laten. Op dit moment kunnen een voorwaardelijke straf en TBS met voorwaarden alleen opgelegd worden als de totale strafmaat de 3 jaar niet overschrijdt en binnenkort zal wetgeving worden ingevoerd die ook bij gevangenisstraf van vier jaar een voorwaardelijk deel toelaat. Bij verder loslaten van deze wettelijke eis zal het ook bij wat zwaardere delicten, waar de strafrechter een onvoorwaardelijke straf van bijvoorbeeld 5 jaar gepast vindt, toch mogelijk worden een voorwaardelijk strafdeel of TBS met voorwaarden op te leggen. Eerder stelde de advocaat Anker voor dit 3 jaarscriterium te wijzigen in een 6- jaarscriterium. Tot op heden was het voor deze groep bij een noodzakelijk geachte behandeling ter vermindering van recidiverisico's

slechts mogelijk een TBS met verpleging op te leggen of iedere vorm van opgelegde behandeling achterwege te laten.

Een element van art. 37 Sr. is dat deze maatregel alleen kan worden opgelegd indien de justitiabele volledig ontoerekeningsvatbaar wordt geacht en derhalve ontslagen van alle rechtsvervolging. Dit is heel anders dan bij de maatregel van PIJ, TBS met verpleging of met voorwaarden. Daar moet er sprake zijn een zodanige samenhang van stoornis en delict dat dit in enige mate afdoet op de toerekeningsvatbaarheid. Ondergetekende wil bepleiten dat ook in gevallen dat de stoornis niet leidt tot volledige ontoerekeningsvatbaarheid, maar wel doorwerking heeft in het daad-dadercomplex en daarmee in de toerekeningsvatbaarheid er voldoende grond is voor de maatregel van plaatsing in een behandelinstelling/psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van maximaal 1 jaar. Dit hetzij als uitbouw van de maatregel art. 37, hetzij als nieuw in te voeren behandelmaatregel en zou dan eventueel naast een onvoorwaardelijk strafdeel kunnen worden opgelegd. Al eerder werd dit bepleit door Van Panhuis in zijn dissertatie.

Een ander element van de maatregel art. 37/39Sr. dat verbeterd kan worden is de uitvoering. Nadat de maatregel met grote zorgvuldigheid op basis van een rapportage Pro Justitia door zowel een psychiater als een psycholoog is opgelegd is het de praktijk dat klinieken op basis van behandelinhoudelijke overwegingen (en soms ook opportunistische overwegingen, maar nauwelijks op basis van overwegingen van risicomanagement) op zeker moment starten met verloven buiten de gesloten afdeling, ambulante voortzetting en de maatregel eenzijdig kan worden opgeheven door de behandelaar. Deze eenzijdige en vaak enigszins vrijblijvende invulling van de maatregel zou onmogelijk gemaakt moeten worden. Er is met andere woorden een discrepantie tussen een met veel zorgvuldigheid en waarborgen omklede toeleiding enerzijds en de vaak betrekkelijk vrijblijvende invulling van de uitvoeringspraktijk anderzijds. Er zou een toestemmingsvereiste in de wet ingebouwd moeten worden door een justitiële autoriteit buiten de instelling (b.v. de oorspronkelijke zaakofficier, de arrondisementale BOPZ-officier of TBS-officier) bij overgangen naar bewegingsvrijheid buiten de afdeling middels verloven, overgangen naar een open afdeling en opheffing c.q. niet verlenging van de klinische maatregel. Daarmee wordt het maatschappelijke veiligheidsaspect ook neergelegd waar het hoort, namelijk een justitiële autoriteit.

Naar analogie van bovengenoemde zou ook overwogen kunnen worden om bij de BOPZ-maatregel een toestemmingselement buiten de inrichting te leggen alvorens overgegaan wordt tot vrijheden buiten de gesloten afdeling, doorplaatsing naar open afdelingen c.q. voortzetting of opheffing van de maatregel. Een te vrijblijvende invulling

van deze maatregel wordt hierdoor tegen gegaan en daarmee uiteindelijk ook terugvallen van de patiënt en vervolgens afglijden naar delicten en de noodzaak van de oplegging van (veel intrusiever en stigmatiserender) justitiële kaders.

Bij de BOPZ zou hiertoe een regionale toetsingscommissie een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld bemand met inhoudelijke deskundigen en/of de Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg, eventueel de BOPZ officier van justitie. Een dergelijke board/toetsingscommissie werd eerder reeds voorgesteld door de oud-inspecteur Van Veldhuizen in een pleidooi voor een wet op de dwangbehandeling.

Afrondend

Bovenstaand heb ik betoogd dat de geringe dwang die uitgaat van alle “niet TBS met verpleging kaders” bij de oplegging van behandelingen door de strafrechter maakt dat meer dan nodig is patiënten uiteindelijk de maatregel van TBS met verpleging krijgen opgelegd.

Er is een aantal suggesties gedaan om de minder begrenzende kaders meer stevigheid c.q. meer tanden te geven waarbij met name gedacht wordt aan het loslaten van het 3 jaarscriterium bij voorwaardelijke straffen/maatregelen en het sneller en daarmee effectiever reageren op overtreding van de opgelegde bijzondere (behandel)voorwaarden bij voorwaardelijke kaders zodat de druk om een behandeling af te ronden groter gemaakt wordt. Ook werd bepleit de art. 37-maatregel zodanig uit te bouwen dat volledige ontoerekeningsvatbaarheid niet meer vereist is en in de uitvoeringsfase een extern toestemmingsvereiste toe te voegen bij bewegingen naar buiten voor verlof, doorplaatsingen naar open afdelingen en/of opheffing c.q. niet voortzetting van de maatregel middels een BOPZ-kader.

Tenslotte werd bepleit een externe toetsing van de uitvoering ook voor de BOPZ-maatregel in te voeren, maar dan niet primair justitieel gekleurd.

Op deze wijze zou het mogelijk moeten zijn te komen tot significant minder opleggingen van de maatregel van TBS met verpleging. Dit laatste zowel in het belang van hiermee niet gemaakte anonieme toekomstige slachtoffers, de kosten voor de maatschappij, en de justitiabele. Het jaarlijks met 100 mensen toenemen van de TBS-populatie in Nederland is geen teken van een gezond evenwicht tussen lichtere vormen van dwang en de totale dwang die uitgaat van het TBS-kader. Dit noopt tot heroverweging van het totale instrumentarium van dwang- en drangkaders voor mensen met gedragsproblemen vanuit een psychiatrische achtergrond of geestelijke handicap.

7. *Behandelinterventies in detentie gericht op vermindering van recidive*

B.H. Bulten, J.C. Zwemstra en M.J.A. Pulles

Samenvatting

Dit literatuuroverzicht gaat in op de vraag of behandelinterventies tijdens detentie het recidiverisico op nieuw delictgedrag kunnen reduceren. De prevalentiecijfers voor de verschillende stoornissen worden aangehaald en ook de recidivecijfers ten aanzien van delicten. De specifieke interventieprogramma's gericht op achtereenvolgens verslaafde gedetineerden, seksuele delictplegers, gedetineerden met agressieregulatieproblematiek en psychotisch gedetineerden worden besproken. Ondanks meerdere kanttekeningen wordt het mogelijk geacht dat de besproken behandelinterventies een (bescheiden) bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van recidivecijfers. De juridische aspecten en de samenhang met de bestaande penitentiaire psychiatrische zorg, die zich richt op vermindering van psychiatrische klachten, wordt besproken.

Gezien het feit dat dit artikel al acht jaar terug gepubliceerd is, is nog een naschrift toegevoegd waarin de recente literatuur wordt besproken en ook de uitkomsten van ons artikel daaraan worden getoetst

Inleiding

Het gevangeniswezen is de laatste jaren geconfronteerd met indringende ontwikkelingen. Allereerst is het aantal cellen sterk uitgebreid. Vervolgens is er een tendens tot versoering van detentie door opgelegde bezuinigingsmaatregelen, mede ingegeven door een meer op vergelding gerichte opvatting over de vrijheidsstraf. Ten slotte heeft een groot deel van de gedetineerdenpopulatie te kampen met ernstige psychische problemen (Schoemaker en Van Zessen 1997; Van Panhuis 1997; Bulten 1999), wat de aanleiding vormde voor het ontwikkelen van een interne penitentiaire geestelijke gezondheidszorg.

In dit artikel gaan wij in op de huidige praktijk van deze zorg en behandeling en beschrijven de prevalenties van psychopathologie onder gedetineerden. Het verminderen van de psychische problematiek is het belangrijkste doel van de zorg. We zullen de juridische grondslag voor deze zorg en behandeling weergegeven.

Onlangs is de maatschappelijke onrust sterk aangewakkerd door ernstige delicten van recidiverende delinquenten. Steeds vaker vragen politici en beleidsmakers de detentiefase ‘therapeutisch’ te benutten, en zo de kans op recidive te verminderen. Deze vraag om specifieke behandeling gericht op recidivevermindering is relatief nieuw. Wij gaan in op de vraag voor welke gedetineerden een dergelijk behandelaanbod ontwikkeld kan worden en of bij deze interventies dezelfde juridische overwegingen een rol spelen. Ook komt aan de orde of er voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit ervan en hoe deze ‘nieuwe’ behandelingen gericht op recidivevermindering zich verhouden tot de bestaande penitentiaire zorg.

Prevalentie en de huidige praktijk

De vrijheidsstraf is één van de meest verstrekende sancties. Ze beoogt vergeldend, beschermend en afschrikkend te zijn. Ze dient veilig en humaan ten uitvoer worden gelegd en daarbij de (gezondheids)schade als gevolg van de straf zoveel mogelijk te beperken.

Op deze schadebeperking is de huidige praktijk gericht. Het ontwikkelen en handhaven van een goed detentieklimaat en de zorg voor gedetineerden met psychische problemen staan daarbij centraal. Veel gedetineerden hebben namelijk stoornissen in termen van de DSM-IV As-I. Prevalentiecijfers voor de psychotische stoornissen lopen uiteen van bijna 3% tot 7%. De depressieve stoornissen variëren van ruim 4% tot 22%. Ook angststoornissen worden vaak aangetroffen. Veel gedetineerden hebben verslavingsproblemen. In meerdere onderzoeken worden prevalenties van ruim boven de 50% aangetroffen (Schoemaker en Van Zessen, 1997; Van Panhuis 1997, Bulten 1998).

Een Brits onderzoek naar As II-stoornissen leerde dat 78% van de gedetineerden in een Huis van bewaring een persoonlijkheidsstoornis had (Singleton 1998). Ook een onderzoek uit Nieuw-Zeeland wees op hoge prevalentiecijfers (Simpson e.a. 1999). Bijna tweederde (64.6%) van de gedetineerden in een huis van bewaring en 58.1% in de gevangenis bleek een persoonlijkheidsstoornis te hebben.

Veel van het onderzoek bestrijkt niet het gehele palet van de psychopathologie. Zo blijven de posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de ADHD vaak buiten beschouwing. En dat terwijl van de door Simpson e.a. (1999) onderzochte gedetineerden ongeveer 9% een PTSS had.

De prevalentie van psychische stoornissen is dus hoog. Nationaal en internationaal onderzoek bevestigt dat (Bulten, 1999).

De zorg in de penitentiaire inrichtingen richt zich op gedetineerden met psychopathologie en krijgt op individueel niveau vorm door een nauwe samenwerking tussen de medische dienst, een psychiater van de Forensisch Psychiatrische dienst, een maatschappelijk werker van de reclassering en de inrichtingspsycholoog, tevens coördinator van het samenwerkingsverband dat het Psycho Medisch Overleg (PMO) wordt genoemd.

Behalve deze multidisciplinaire, individuele zorg en behandeling bestaan er in het gevangeniswezen speciale zorg en begeleidingsafdelingen voor gedetineerden met aanpassingsproblemen en psychische problemen.

Juridische grondslag voor zorg en behandeling

Het Nederlands strafrechtelijk stelsel is tweesporig. Er is een scheiding tussen straf en (behandel)maatregel. Behandeling in een strafrechtelijk kader vindt bijvoorbeeld plaats binnen de TBS-maatregel. De nota van toelichting van de penitentiaire beginselenwet (PBW 1999) stelt dat behandeling vanwege een psychiatrische stoornis in beginsel niet plaatsvindt in het gevangeniswezen.

In een gevangenis kan echter niet worden volstaan met minder noodzakelijke zorg dan buiten de inrichting (Centraal Medisch Tuchtcollege, 1991,1992). De PBW spreekt in dit kader over de zorgplicht van de directeur van de penitentiaire inrichting. De zorg kan zonodig de vorm krijgen van behandeling.

Is behandeling mogelijk als er geen sprake is van een maatregel? Vegter (1999) betoogt in zijn oratie dat behandeling binnen de vrijheidsstraf juridisch toelaatbaar is.

Gedetineerden hebben ‘zelfs’ recht op behandeling en hulpverlening in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. De gedetineerde bepaalt echter zelf of hij van dit recht gebruik wil maken.

De zorgplicht van de penitentiaire inrichting betekent alleen niet dat er sprake is van een expliciete behandelopdracht zoals in de TBS. Al wordt er in de praktijk van alle dag,

mede gelet op de bestaande nood en hoge prevalenties, wel degelijk op individuele basis behandeld.

Als er behandeld wordt, vormen de WGBO en de wet Big het juridisch kader. De WGBO heeft als uitgangspunt de gelijkwaardigheid van de positie van patiënt en hulpverlener. Er moet sprake zijn van goed hulpverlenerschap, informatie over de behandeling en mogelijke alternatieven, informed consent, geheimhouding en zorgvuldige verslaglegging en dossiervorming.

Tijdens detentie kan er dus in feite alleen behandeling plaatsvinden op vrijwillige basis, al bestaat in noodsituaties de mogelijkheid van dwangbehandeling (PBW 1999). In de praktijk zal dan deze dwangbehandeling vaak de vorm krijgen van dwangmedicatie

In de detentiesituatie zijn soms echter bijzondere omstandigheden die de toepassing van de WGBO bemoeilijken. Sommige zorghandelingen van artsen, psychiaters en psychologen vinden plaats op verzoek van de gevangenisdirecteur. Hierbij valt te denken aan de beoordeling van de psychische conditie van een gedetineerde bij bijvoorbeeld hongerstaking of signalen voor dreigend suïcide en het adviseren van de organisatie over de gewenste begeleiding.

De deelnemers van het eerder genoemde PMO (psychiater, arts, verpleegkundige en psycholoog, met soms een maatschappelijk werker) hebben behalve met de WGBO ook te maken met de regelgeving van de wet BIG. De wet Big regelt bepalingen rondom het beroep (opleiding, registratie) en rondom verrichtingen (voorbehouden handelingen, tuchtrecht). De WGBO en de wet BIG zijn beide kadergevend voor behandeling in detentie.

Het bijzondere van behandelingen tijdens detentie wordt dan ook niet zozeer door de inhoud van de behandeling bepaald maar door de specifieke context. Dit geldt ook voor behandelinterventies gericht op recidivevermindering.

Resocialisatie en reïntegratie

De PBW spreekt echter niet alleen over het humaan en ongestoord ten uitvoer leggen van de straf en schadebeperking. De detentie is ook gericht op de individuele beïnvloeding en reïntegratie van de delinquent. Gendreau e.a. (1999) concludeerden dat er nauwelijks bewijs bestaat dat gevangenisstraf zonder aanvullende inspanningen reïntegratie bevordert en de kans op recidive positief beïnvloedt. Een conclusie die niet zomaar kan worden toegepast op de Nederlandse situatie. Toch is het aannemelijk dat ook in ons land van een vrijheidsstraf zonder nadere invulling geen al te positieve effecten mogen worden verwacht.

In het Nederlandse gevangeniswezen bestaan er al allerlei activiteiten gericht op reïntegratie: onderwijs, arbeid, het leren van een vak, arbeidstoeleiding, vrijetijdsbesteding, huisvesting, schuldsanering etc.

Uit een brief van de minister van Justitie, gericht aan de Tweede Kamer (mei 2000), spreekt daarnaast een duidelijk voornemen om ook behandeling tijdens detentie in te zetten als middel om reïntegratie te bevorderen en de kans op recidive te verminderen. Vooral de (toeleiding naar) behandeling van (pedo)seksuele delinquenten moet op grotere schaal in het gevangeniswezen worden vormgegeven. Ook geeft hij aan te willen onderzoeken of de 'voorwaardelijke rechtelijke machtiging' mogelijkheden biedt om voor gedetineerden met een groot gevaar voor recidive (ambulante) behandeling na detentie te gelasten en deze gedetineerden onder toezicht te plaatsen.

Als recidivevermindering een belangrijk doel is van behandelingsinterventies, wat is er dan bekend over de recidive van gedetineerden uit het Nederlandse gevangeniswezen? Op welke gedetineerden zouden dergelijke behandelinterventies dan gericht kunnen zijn?

Recidive

Er zijn gegevens bekend over 15000 lang en kortgestrafte gedetineerden die in 1995 uit Nederlandse gesloten inrichtingen met ontslag gegaan. Van deze gedetineerden is 37.5% binnen drie jaar weer opnieuw in detentie gekomen (detentierecidive) (DJI, 2000). Later onderzoek van Wartna en anderen bevestigt deze hoge recidive en komt zelfs tot nog hogere cijfers.

Janssen (2000) komt in een onderzoek bij kortgestrafte mannen tot hoge recidivecijfers. Van de groep niet-verslaafde kortgestraften kwam 56% binnen 6 maanden opnieuw met de strafrechter in aanraking. De hoogste recidive werd gevonden voor de groep dakloze, werkloze verslaafden: 86%.

Het detentierecidivecijfer van 37% betreft mensen die opnieuw in detentie zijn gekomen. Janssen neemt het opnieuw met de strafrechter in aanraking komen als recidivemaat. Beide geven echter niet het feitelijke delictgedrag na ontslag weer. Selectieprocessen in de samenleving, aangiftegedrag van slachtoffers, prioriteiten bij de politie en het opsporingsapparaat, juridische aspecten, de criminele handigheid van de dader en de omstandigheden en de aard van het gepleegde delict zorgen ervoor dat een deel van de recidiverende gedetineerden niet in detentie komt. Vast staat dat een substantieel deel van de gedetineerden recidiveert, waarbij een belangrijk deel na verloop van tijd weer in de gevangenis beland.

Omdat het voor de hand ligt behandeling voornamelijk te richten op gedetineerden met ernstige delicten en de grootste kans op herhaling, zouden goede recidivecijfers mede maatgevend kunnen zijn voor de planning van behandeling. De hierboven

gepresenteerde gegevens over recidive bij gedetineerden zijn echter beperkt, weinig specifiek en bieden onvoldoende houvast om te bepalen voor welke gedetineerden behandeling tijdens detentie zinvol zou kunnen zijn.

Toch willen wij in dit artikel een aantal mogelijke groepen bespreken waarop recidivebeperkende behandelingen zich kunnen richten. Er daarbij is gekozen voor groepen gedetineerden die in de literatuur met enige regelmaat worden genoemd: de verslaafde gedetineerden, de gedetineerden met ernstige agressiereguleringsproblematiek en geweldsdelicten, de gedetineerden met een seksueel delict en de gedetineerden met psychotische problematiek.¹

De verslaafde gedetineerde

Veel gedetineerden in de Nederlandse gevangenissen kennen verslavingsproblemen. Aangenomen wordt dat zeker de helft van de gedetineerden verslaafd is (Bulten, 1999). Het in standhouden van deze verslaving gaat vaak gepaard met crimineel gedrag. Daarnaast wordt middelengebruik gezien als een factor die nadrukkelijk betrokken moet worden bij risicomanagement (Schwartz e.a. 1998). Integratieve aspecten van de persoonlijkheid kunnen verslechteren en problemen met de (agressieve) impulscontrole kunnen worden vergroot (Van Panhuis, 1999) en zo (indirect) leiden tot criminaliteit. Reden genoeg recidivebeperkende interventies gericht op verslaafde gedetineerden nader te beschouwen.

V.d. Hurk (1998) komt tot de conclusie dat er een aanzienlijke hoeveelheid bewijs beschikbaar is gekomen voor de effectiviteit van vaak op het TG-model gebaseerde behandelprogramma's voor verslaafde gedetineerden in Amerikaanse gevangenissen. Recidive, middelengebruik en de arbeidssituatie na detentie waren de maten voor effectiviteit. Nazorg, arbeid en een detentieoverstijgende trajectmatige aanpak bleken belangrijke voorwaarden voor een goed resultaat.

Het grote aantal drop-outs uit de beschreven programma's roept echter vragen op over de generaliseerbaarheid van de gegevens. Ook wordt uit onderzoek duidelijk dat er sterk rekening gehouden moet worden met meervoudigheid van de pathologie van de verslaafde gedetineerden.

¹ We laten de preklinische behandeling van TBS-passanten in penitentiaire inrichtingen buiten beschouwing. Hier is al sprake van een juridisch kader (TBS), is de recidivegevaarlijkheid al beoordeeld en zal na de passantentijd een behandeling starten in de kliniek. Zie ook: Lammers e.a. 2000.

Een Nederlandse begeleidingsvariant (VBA's)¹ voor verslaafden bleek weinig effectief en verschilde niet aantoonbaar van reguliere afdelingen in haar bijdrage aan de rehabilitatie. Programmatische tekortkomingen zijn mogelijke oorzaken van de beperkte effectiviteit. In deze VBA's was er geen gestandaardiseerde probleeminventarisatie, ontbrak de deskundigheid ten opzichte van de veel voorkomende psychische stoornissen, bestond er een (te) eenzijdige gerichtheid op bewustwording en inzicht en waren de mogelijkheden om (positief) te sanctioneren vaak beperkt. Ook de aansluiting met vervolgvoorzieningen faalde (Van der Hurk, 1998).

Een nieuwe ontwikkeling is de ISD-maatregel vooral gericht op een groep langdurig verslaafden die veel overlast veroorzaken en met hun verslaving verband houdende criminaliteit vertonen. Dwang en drang spelen een belangrijke rol bij dit juridisch kader voor behandeling van maximaal twee jaar. Baas (1998) heeft in de literatuur gezocht naar informatie die hiervoor van belang zou kunnen. Allereerst blijkt volgens de auteur vrijwilligheid geen noodzakelijke voorwaarde voor een gunstig effect. De externe druk kan worden omgezet in een meer intrinsieke motivatie. Gedwongen plaatsing in een behandelingsprogramma heeft volgens deze literatuurstudie voor oudere verslaafden met een lange verslavingsgeschiedenis vaak positieve effecten op druggebruik, criminaliteit en sociaal gedrag. De programma's dienen wel van hoge kwaliteit te zijn, multimodaal en trajectmatig van opzet en gebaseerd op een goede selectie. In ieder geval dient de duur van de (intensieve) interventie voldoende lang te zijn. Weliswaar is de ISD een maatregel (zoals bijvoorbeeld de TBS) en geen (vrijheids)straf, toch is deze maatregel illustratief voor de visie van de overheid om behandeling vaker 'in te zetten' in het kader van recidivevermindering.

Gedetineerden met agressieregulatieproblemen

De aandacht voor het zogenoemde 'zinloze' geweld en de toename van geweldsincidenten binnen en buiten detentie vormen de basis voor de logische vraag welke behandelingsinterventies een positieve bijdrage kunnen leveren aan de vermindering van agressief (delict)gedrag. We zullen daarbij ingaan op de meest in de belangstelling staande mogelijkheden van een cognitief gedragstherapeutische benadering en de biologische optiek.

Beck en Fernandez (1998) hebben in een meta-analyse de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische programma's gericht op agressieregulatie bekeken. Als trend

¹ Verslaving Begeleiding Afdeling, een differentie binnen het Gevangeniswezen.

kwam naar voren dat het merendeel van de gedetineerden die aan dergelijke programma's

meededen een grotere controle en beheersing ontwikkelden.

Watt en Howells (1999) hebben een cognitief gedragstherapeutisch georiënteerd 'angermanagement programma' voor gedetineerden onderzocht. Ze kwamen tot de conclusie dat er geen behandelingseffecten in vergelijking met controlegroepen waren te constateren. Het verschil tussen dit resultaat en de eerder genoemde onderzoeken met positieve effecten verklaren ze door de meerdere factoren. Als het meest in het oog springend reden wordt de selectie genoemd. Een gewelddadige voorgeschiedenis bepaalde de selectie van de deelnemers in het angermanagementprogramma en niet de aanwezigheid van 'angerproblemen' en beperkte agressiereguleringsvaardigheden. Gewelddadig gedrag hoeft namelijk niet altijd voort te komen uit een specifiek vaardigheidstekort en een hoge mate van latente agressie en arousal. Het kan relatief los staan van een dergelijke emotionele toestand en duidelijk passen in de korte en lange termijn doelen van de pleger. Het gedrag heeft dan veeleer een instrumenteel karakter. Behandeling zou in dit laatste geval veel minder effectief zijn (Watt en Howells 1999).

Behalve psychologische factoren en sociale omstandigheden spelen biologische aspecten ook een belangrijke rol bij agressief gedrag. Neurotransmitters, hormonen en allerlei neurofysiologische variabelen zijn op zich of in onderlinge samenhang gerelateerd aan antisociaal en agressief gedrag. (Matser en Dorelijers, 2000). De bijdrage van de toenemende kennis op dit gebied aan de (farmacologische) behandeling zal in de toekomst wellicht ook de behandelingsprogramma's in detentie beïnvloeden. Medicamenteuze behandeling van psychiatrische stoornissen (SSRI's, Ritalin, neuroleptica enz) kan in de huidige praktijk leiden tot de afname van agressie (Tiihonen, 2000). Dit gevolg is echter veelal secundair. Vooralsnog is het effect van psychofarmaca op agressie weinig specifiek en van een gerichte, empirisch gefundeerde farmacologische behandeling van agressie is nog nauwelijks sprake (Tuinier e.a. 2000).

Seksuele delinquenten

Recentelijk gepleegde (pedo-)seksuele delicten hebben voor veel maatschappelijke onrust gezorgd. De roep om juridische (punitief), therapeutische en maatschappelijke maatregelen (controle na detentie) is sterk toegenomen.

Een substantieel deel van de veroordeelde plegers van seksuele delicten komt in detentie terecht. Tot de 90er jaren kreeg een groot deel, ongeveer 80% van de veroordeelden alleen een (vrijheids)straf opgelegd (Frenken, 1999). Dit cijfer is mogelijk een niet geheel zuivere weergave van de realiteit, maar wel een indicatie van

een lage behandelingsgraad destijds. Deze Nederlandse situatie wijkt af van de Noord-Amerikaanse en Britse.

Leuw (2000) noemt drie preventief bedoelde beveiligingsopties bij personen met een (pedo)seksueel geweldsdelict: uitschakeling (detentie), behandeling (vergroting van de interne controle) en toezicht (externe, justitiële controle).

De behandelingen voor seksuele delinquenten, gericht op de 'zelfcensuur' (interne controle) zijn voornamelijk cognitief therapeutisch van aard. Ze zijn enerzijds gericht op misdrijfspecifieke factoren als ontkenning, bagatellisering, cognitieve vertekeningen, gebrekkige slachtofferempathie, fantasieën en hechtingsstijlen, anderzijds op misdrijfgerelateerde kenmerken als verslaving, agressieregulatie problemen, stresshantering, sociale vaardigheden, emotionele problemen, psychopathologie en de sociale situatie (Marshall, 1996)

In een project in Engelse gevangenissen met de naam SOPT (Sexual Offender Treatment Program) worden gedetineerde seksuele delinquenten behandeld. Ongeveer tweederde van de gedetineerden die vrijwillig aan dit project deelnamen bleek te verbeteren. De ontkenning nam af, de houding ten opzichte van het delictgedrag werd kritischer en de gedetineerden kregen meer empathie voor de slachtoffers. Deze behandeling was het meest succesvol bij gedetineerden met een relatief laag ontkenningsniveau en een laag afwijkend seksueel gedragspatroon (Beech e.a. 1998.; Beenackers 2000). Of deze resultaten de kans op recidive positief beïnvloedden werd niet gemeten.

Frenken (1999) stelt dat behandeling van gedetineerden de mate van recidive in positieve zin kan beïnvloeden. Hall (1995) concludeerde op grond van een meta-analyse dat de kans op recidive voor behandelde daders afnam. Alexander (1999) komt tot de conclusie dat vooral cognitief gedragstherapeutische behandeling effectief is, ook bij gedetineerden. De effecten op recidive (gedefinieerd als het opnieuw gearresteerd worden) verschilden per type dader.

In een meer kritisch literatuuroverzicht uit de Cochrane-reeks komen White e.a. (2000) daarentegen tot de conclusie dat een volledig overtuigend empirisch fundament ontbreekt voor de effectiviteit van de behandeling seksuele delinquenten.

Naast psychotherapeutische behandeling kan medicamenteuze, hormonale behandeling met anti-androgenen leiden tot een afname van seksuele delinquentie. Dit als gevolg van vermindering van de seksuele aandrif (APA, 1999). Er zijn weinig goed gecontroleerde onderzoeken om de veronderstelde effectiviteit empirisch te onderbouwen (White e.a. 1998). Bullens (2000) geeft daarbij aan dat dergelijke farmacologische interventies in een meeromvattende behandeling moeten worden geïntegreerd.

Het geheel overziend is de literatuur niet eenduidig over de effectiviteit van behandeling van seksuele delinquenten. De behandeling van seksuele delinquenten betreft een zeer heterogene groep. Het percentage dat binnen een specifieke subgroep van daders waarschijnlijk zal recidiveren is verschillend (Hanson en Bussière 1998; Bullens, 2000). Bij het ene type is vooral vergroting van de interne controle geïndiceerd en bij een ander dader is justitiële externe controle van belang (Leuw, 2000). Concluderend zijn er aanwijzingen dat behandelinterventies, ook in een detentiesituatie, in meer of mindere mate effectief kunnen zijn (Hall 1995; Marshall 1996; Robinson 1996; Frenken 1999; Alexander 1999).

Gedetineerden met psychotische problematiek

Onderzoek wijst op een sterk verhoogde kans op (geweld)criminaliteit bij psychotische stoornissen. Het blijkt niet zozeer te gaan om een globale diagnose als schizofrenie, maar om actieve symptomen als (imperatieve) hallucinaties (McNiel e.a. 2000), paranoïde wanen of een verstoorde affectmodulatie. Deze blijken de kans te verhogen op (geweld)criminaliteit (Marzuk, 1996). Vooral tijdens floride psychotische perioden neemt deze kans toe (Link e.a. 1992; Van Panhuis 1997), waarbij de invloed van hallucinaties afneemt bij afwezigheid van actieve floride wanen (Taylor e.a. 1998). Hiday (1997) stelt dat actieve psychotische symptomen gecombineerd met factoren als eerdere victimisatie, sociale problemen, neurobiologische factoren, verslaving, persoonlijkheidspathologie, angst de controle te verliezen en het zich bedreigd voelen kunnen leiden tot gewelddadig gedrag. De associatie tussen floride psychotische problematiek en het plegen van geweldsdelicten wordt waarschijnlijk ook beïnvloed door factoren als 'dehospitalisatie', het niet hebben van een effectieve behandeling en discontinuïteit in de zorg (Hodgins 1998; Young e.a. 1999; Panhuis 2000). Van Panhuis (1999) pleit voor een multimodale aanpak bij de gedetineerden met psychotische stoornissen. Medicamenteuze behandeling, gecombineerd met ondersteunende interventies als psycho-educatie en cognitief georiënteerde programma's gericht op risicogedrag, zou de kans op recidive sterk positief kunnen beïnvloeden. Het gebruik van antipsychotische medicatie en het voorkomen van druggebruik vormen de hoekstenen van de behandeling in en na detentie. Gedetineerden met ernstige psychotische problematiek worden momenteel in het gevangeniswezen opgevangen op afdelingen met specifieke zorgkenmerken. Deze opvang is echter primair gericht op zorg. Over de uiteindelijke effectiviteit van deze interventies en hun secundaire invloed op recidivevermindering is weinig bekend. Het vormgeven van continuïteit van zorg na detentie is in de praktijk een groot probleem. Door o.a. andere polimorbiditeit zijn ex-

gedetineerden vaak zeer moeilijk over te plaatsen naar aansluitende GGZ-voorzieningen.

Conclusies op grond van de literatuur met betrekking tot behandelinterventies

De resultaten van behandelingsinterventies gericht op recidivevermindering zijn niet eenduidig. Vele onderzoeken kennen methodologische beperkingen. Controlegroepen ontbreken regelmatig. De doelen van de programma's verschillen vaak. De organisatie, setting, inhoud en intensiteit kunnen sterk variëren en de definitie van succes is vaak niet identiek. Toch kan de vraag of behandeling kan bijdragen aan beperking van de kans op recidive voorzichtig positief worden beantwoord.

Het globale effect van dergelijke behandelingsinterventies in detentie wordt door Redondo e.a. (1999) uitgedrukt in het percentage van 12% recidivereductie. Hiervan is sprake als er bijvoorbeeld van de 100 behandelde gedetineerden 44 recidiveren en de 100 gedetineerden in de controlegroep 56.

Empirisch onderbouwde, effectieve programma's kenmerken zich voor de psychotherapeutische aspecten door een duidelijk, veelal cognitief gedragsmatig kader. Ze richten zich op zogenaamde criminogene tekorten als: identificatie van antisociale modellen, zwakke binding met prosociale modellen, moeilijkheden met zelfsturing, gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden en afhankelijkheid van alcohol en drugs. Goede programma's vinden plaats in een duidelijk gestructureerde omgeving waarbij milieutherapeutische overwegingen een rol spelen. Bij gedetineerden met psychotische stoornissen speelt de farmacologische behandeling een centrale rol.

Staat bij de ene groep gedetineerden het vergroten van de interne controle door behandeling voorop, voor andere groepen is het vormgeven van externe (justitiële) controle van groter belang. In ieder geval hebben succesvolle interventies een visie op de periode na de behandeling ontwikkeld (Antonowic en Ross 1994; Gendreau 1996; V.d. Hurk 1998; Lösel 1998; Beenackers 2000)

Beschouwing

Dhondt (2000) stelt de principiële vraag hoever de overheid mag gaan binnen de (vrijheids)straf om de resocialisatie-doelstelling te realiseren. In toenemende mate wordt de effectiviteit van de straf in termen van recidivebeperking als maatgevend en richtinggevend gezien. En dat terwijl volgens deze auteur de meest wezenlijke grondslag van de vrijheidsbeneming de (proportionele) vergelding is. Uit dit beginsel vloeit het recht voort om tijdens deze straf met rust gelaten te worden. De wens van de gedetineerde om niet behandeld te willen worden kan op gespannen voet staan met de wens van de overheid de straf door behandeling effectief in te vullen.

Dhondt pleit ervoor om voor het gebruik van gedragsbeïnvloedende interventies tijdens de detentie de principes van de wetgeving in de gezondheidszorg (WGBO en wet BIG) als uitgangspunt te nemen: vrijwilligheid, informatie over de toe te passen ingreep en mogelijke alternatieven en geregistreerde en toetsbare deskundigheid. Een permanente toetsing van elke vorm van behandeling in detentie aan deze uitgangspunten is van belang. Als het recidivebeperkende effect van de straf voorop komt te staan, zou vooral de vrijwilligheid in het gedrang kunnen komen.

Aan therapie gericht op recidivebeperking gaat een gedegen risicoanalyse en een zorgvuldige indicatiestelling vooraf. In de praktijk zal dit geen eenvoudige zaak zijn. Risicotaxatie is een complexe activiteit met de nodige haken en ogen (Douglas e.a. 1999; Harte 2000) en het delictgedrag van delinquenten is vaak divers. Ze plegen vaak meerdere type delicten. Het stellen van behandelingsindicaties wordt onder meer bemoeilijk door de polymorbiditeit. Vaak is er sprake van meerdere problemen tegelijk: As-I stoornissen, persoonlijkheidspathologie en verslavingen, nog aangevuld met etnisch culturele en maatschappelijke problemen.

Daarnaast kan motivatie in veel gevallen een probleem vormen. Zo is nog maar de vraag of de gedetineerden in het Nederlandse gevangeniswezen snel 'enthousiast' gemaakt kunnen worden voor behandeling met dit focus. Drang en (lichte) dwang zouden daarbij kunnen 'helpen' en hoeven de uiteindelijke effecten van de interventie niet a priori negatief te beïnvloeden (Baas 1998). Drang bestaat in de huidige praktijk echter nauwelijks. Dwang in het kader van behandelinterventies gericht op recidivevermindering binnen een detentiestraf past niet binnen de eerder genoemde kaders van de WGBO.

Motivatie kan uiteraard ook deels worden ontwikkeld en gestimuleerd. De omvang van het huidige zorgapparaat is echter ontoereikend om grote aantallen gedetineerden te motiveren voor een behandeling gericht op recidivebeperking. Hiervoor zijn meerdere oorzaken. Een ervan is de afbouw van de reclassering in het gevangeniswezen. Van de contacten met hen ging regelmatig een motiverende werking uit. De penitentiaire geestelijke gezondheidszorg heeft de focus primair op de zorg voor de vele gedetineerden met acute psychopathologie. Bovendien is motivatie bij (persoonlijkheids)pathologie vaak moeilijk of beperkt opwekbaar.

Ook het detentiemilieu kan motiverend werken. Het vormgeven van een meer op (pre)behandeling en motivatieontwikkeling gericht milieu staat echter onder druk door de prioriteit van de beheersdoelen van de penitentiaire inrichting, de interne selectie systematiek beperking van financiële middelen. Dit leidt bijvoorbeeld tot verkorting van dagprogramma en dus een vermindering van de interactie tussen personeel en

gedetineerde. De milieutherapeutische basis voor (pre-)behandeling wordt daardoor smaller.

De beschreven interventies gericht op recidivevermindering kunnen worden aangeboden door een versterkte intrapenitentiaire zorgsectie door uitbreiding van de formatie van de huidige leden van het PMO: verpleegkundige, NIFP-psychiater en PI-psycholoog. Een andere mogelijkheid is dat GGZ-partners van buiten deze behandeling vorm geven. Samenwerking met partners uit de GGZ biedt enerzijds mogelijkheden maar roept anderzijds vragen op over de regie. Externe therapeuten kunnen niet in de verantwoordelijkheid van de gevangenisorganisatie en de penitentiaire geestelijke gezondheidszorg treden, en behoeven daarnaast voldoende professionele autonomie om hun goed werk te kunnen doen. Het zal veel inspanning vergen om deze afstemming vorm te geven.

Vragen over afstemming van de beheers- en bestuursverantwoordelijkheid van de penitentiaire inrichting, de zorg- en behandel verantwoordelijkheid van de leden van het PMO en behandelverantwoordelijkheid van de eventuele GGZ-partners zijn door De Jong en Knol (1999) aan de orde gesteld voor de (pre)behandeling van TBS-passanten in detentie. Het doel van (pre)behandeling bij deze groep is om de overgang naar de TBS-kliniek te vergemakkelijken en kostbare behandelingstijd in de klinieken uit te sparen. De Jong en Knol pleitten voor een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden en een heldere organisatie en regie.

De huidige juridische kaders maken vrijwillige behandeling tijdens detentie mogelijk. De principes van WGBO en de wet BIG zijn daarbij maatgevend. Behandeling gericht op recidivebeperking dient gebaseerd te zijn op dezelfde grondslag en mag daarbij niet ten koste gaan van de huidige psychiatrische basiszorg.

Het problematische heterogene karakter van de gedetineerdenpopulatie, de waarschijnlijk beperkte behandelingsintensiteit en de beperkende context van de detentie nopen tot bescheidenheid.

Het vormgeven van een goede selectie, de ontwikkeling van voldoende motivatie, een zorgvuldige indicatiestelling, het vormgeven van kwalitatief goede interventies (ingebed in de dagelijkse penitentiaire praktijk), het opzetten van de noodzakelijke nazorg en het oplossen van problemen bij de regie van de zorg en behandeling zijn mogelijk maar zullen nog veel inspanningen en afstemming vergen. De verwachtingen dienen daarom realistisch en gematigd te zijn.

Naschrift naar aanleiding van een search in de literatuur van de laatste vijf jaar.

Gezien het feit dat dit oudste artikel van mijn proefschrift uit 2001 is werd voorjaar 2009 een search gedaan naar de literatuur van de laatste vijf jaar. De gebruikte zoekwoorden waren: prison, recidivism en treatment; dit werd achtereenvolgens gecombineerd met psychosis, sexual offender, aggression and addiction. Dit leverde 139 treffers op waarvan ik op basis van de abstracts 9 artikelen selecteerde. Bewust werd gekozen voor internationale databases omdat empirisch onderzoek naar behandelinterventies in detentie gericht op recidivevermindering in het Nederlands taalgebied nauwelijks verricht is.

De recente literatuur met betrekking tot behandeling van psychose in detentie werd al besproken in het naschrift van hoofdstuk drie, zodat hier slechts één specifiek artikel over recidivepreventie en psychose zal worden besproken.

Over behandeling van agressie in detentie is slechts beperkt empirisch onderzoek beschikbaar, vaak gaat het over specifieke groepen zoals behandeling van huiselijk geweld. Ook is er nauwelijks goed opgezet empirisch onderzoek hiernaar te achterhalen. McGuire presenteerde op het congres van de IALMH in juni 2009 in New York een meta-analyse van behandelprogramma's in detentiegericht op agressieregulatie. De conclusie daarvan was dat er tot op heden geen effectiviteit is aangetoond in studies van voldoende kwaliteit. Veel meer recent empirisch onderzoek is er met betrekking tot behandeling van verslavingsproblematiek in detentie en van seksuele delinquenten in detentie.

In vrijwel alle literatuur van de laatste jaren wordt meer dan in 2001 gerefereerd aan de principes van “risk, need en responsivity” en de “What Works benadering” voor zowel inhoud als evaluatie van interventies.

In een niet op specifieke groepen gericht programma beschreven Bougon e.a. (2005) dat op deze principes gebaseerde behandeling van 482 gedetineerden bij een vergelijking met een controlegroep niet behandelde effectief was in de zin van vermindering van de algemene recidive, waarbij de effectiviteit direct gerelateerd was aan de duur van het interventieprogramma. In hun onderzoek betrof dat 5, 10 of 15 weken behandeling.

Berman (2004) onderzocht in Zweden een algemeen rehabilitatieprogramma (het Redeneren en Rehabilitatieprogramma) gebaseerd op de ‘what works’ principes, zowel op de uitkomstmaat verbetering op psychometrische schalen als op de uitkomstmaat recidive na 36 maanden. In zijn groepen zaten zowel jeugdige delinquenten, drugsgebruikers, geweldsdelinquenten en seksuele delictplegers. Het programma focuste op antisociale attitudes, impulsiviteit en drugsmisbruik. Gematchte vrijwilligers

uit een vergelijkbare gevangenis waren een controlegroep evenals de drop-outs. De studiegroep waren degenen die het programma afrondden. Op alle maten scoorden degenen die het programma afrondden het best, de controlegroep minder en de drop-outs het slechtst. Na 36 maanden waren 48, 60 en 73% opnieuw veroordeeld. Dit waren significante verschillen en ze lijken indicatief voor het succes van het programma. Kanttekening hierbij is dat dit effect grotendeels verdwijnt met een ‘intention to treat’ design, waarmee ook voor uit ander onderzoek onderbouwde belangrijke factor motivatie zou word gecorrigeerd. Net als bij volgende te bespreken studies wordt vastgesteld dat het zeer moeilijk is in een detentiesituatie te werken met gerandomiseerde gecontroleerde clinical trials. Maximaal conclusieve trials en designs zijn dus moeilijk te realiseren.

RECIDIVE EN PSYCHOSE

Lamberti (2007) presenteert in zijn artikel “Understanding criminal recidivism among adults with psychotic disorders” een conceptueel raamwerk om preventie van recidive voor psychotische gedetineerden te begrijpen en vorm te geven. Hij benoemt daarin zowel behandelstelselvariabelen, als beschikbaarheid van goede zorg, en patiëntvariabelen. In dit model ligt de crux bij de noncompliance ten aanzien van de behandeling en specifiek de medicamenteuze behandeling. Overtuigend wordt geschetst dat dit de modifierende en modificeerbare risicofactor is ten aanzien van recidive, direct en via inwerking op andere risicofactoren. Interventies dienen hiertoe de volgende elementen te bevatten: adequate zorg voor deze specifieke groepen, beschikbaarheid van die zorg en wat hij noemt wettelijke drukmiddelen vanuit civiel of vooral het strafrecht. De eerder aangetoonde hogere percentages van veroordelingen van schizofrene patiënten voor zowel niet-gewelddadige als gewelddadige delicten versterken de noodzaak van effectieve interventiestrategieën. Hoewel schizofrenie sec geen of slechts beperkt verhoogde risico’s geeft, geldt dit wel als schizofrenie gerelateerd wordt aan andere bekende risicofactoren als antisociale attitudes en alcohol/drugsmisbruik. Dit geldt ook als er sprake is van actieve psychotische symptomatologie. Al eerder werd onderbouwd dat strafrechtelijke drukmiddelen de compliance bij deze groep vergroten, dit met name in combinatie met intensieve vormen van behandeling. Vastgelegd wordt dat er hiervoor nog geen best practice is en er een grote diversiteit van interventieculturen bestaat. Ook deze auteur hangt zijn concept op aan de “risk, need en responsivity principes”. Interventies moeten dan plaatsvinden op de risicofactoren voor recidiveren. Interventies moeten dus gericht zijn op actief participeren en compliant zijn in de behandelprogramma’s. Dit laatste is vaak onvoldoende bij schizofrene patiënten in het justitiesysteem, maar kan verhoogd worden door optimaal gebruik te maken van strafrechtelijke drukmiddelen als

voorwaardelijke straffen. Een cyclus van noncompliance met de behandeling, resulterende crisisopnames en detenties etcetera kan dan doorbroken worden. Ook zal detentie gebruikt moeten worden om een positieve motivatie op te bouwen, waarbij ook gekeken moet worden naar de behandelaar/behandelinstelling. Er wordt betoogd dat nonadherence ook een rol speelt ten aanzien van andere risicofactoren zoals dakloosheid. Benadrukt wordt adequate zorg meer is dan reguliere ambulante zorg, bijvoorbeeld forensisch ACT met mede focus op motivationele aspecten en kennis van opgelegde kaders vanuit het justitiesysteem. Die zorg moet ook geïntegreerd en niet versnipperd geleverd worden. Tenslotte wordt benadrukt dat voor patiënten wettelijke drukmiddelen (legal leverage) op een transparante en faire wijze worden opgelegd. Waarbij ook de justitiabele naar een rechter zijn visie kan geven.

De bevindingen en conclusies van dit artikel zijn een aanvulling op wat wij in 2001 schreven. Destijds was er nog geen uitgewerkt behandelprogramma voor psychotische gedetineerden op basis van de 'What Works' principes en het specifiek richten van de behandeling op risicofactoren. De focus in dit model op (non)compliance als directe en mediërende factor, en het kijken naar zowel behandelstelsel/behandelaar als de individuele patiënt lijkt een bruikbaar concept. Het gebruik van juridische drang/dwang constructies sluiten ook aan bij de analyse en aanbevelingen van mijzelf in hoofdstuk 6 om dit soort constructies te verstevigen, om zo deze dwang/drang effectiever en sneller te kunnen toepassen.

Ook het pleidooi van de auteur om de behandeling voor de doelgroep niet te beperken tot alleen reguliere standaardzorg is in lijn met de conclusie van dit proefschrift dat deze specifieke groep patiënten ook specifieke voorzieningen nodig heeft vanuit forensische programma's en/of forensische behandelinstellingen.

Seksuele delinquentie en recidive

Marques e.a. (2005) deden een gerandomiseerde klinische trial naar de effecten op een terugvalpreventieprogramma op cognitief-gedragtherapeutische basis voor seksuele delinquenten in Californië. Eerder waren al wel in meerdere studies effecten van vergelijkbare programma's aangetoond met een recidivevermindering van 10-15 procentpunten, maar kritiek op die studies was dat het studiedesign te zwak was voor definitieve conclusies.

In deze studie kregen gedetineerden de mogelijkheid de laatste twee jaar van hun detentie behandeling te ondergaan in een kliniek. Aansluitend was er een één jaar durend nazorgprogramma. Ad random werden gedetineerden toegewezen aan een studie- of controlegroep. Uitkomstmaat waren de recidivecijfers na vijf jaar. Dit was het eindverslag van een langdurig lopend onderzoek. Uitkomst van dit aan hoge

methodologische standaarden voldoende design was dat zowel voor de verkrachters als voor de kindermisbruikers er geen vermindering van recidiverisico was bij evaluatie na vijf jaar. Wel leken de delicten in de behandelgroep iets minder ernstig. Ook bleek in dit onderzoek dat het goed mogelijk was om patiënten met gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten in te delen in hoog, laag en medium risicogroepen. Overwegingen worden nog gegeven voor aanpassingen in het behandelmodel, zoals een niet gefixeerd einde van de behandeling, maar hier is vooralsnog geen evaluatie van zodat niet geconcludeerd kan worden dat de cognitieve gedragstherapeutische behandeling dan wel effectief zal zijn.

Deze bevindingen sluiten ook aan bij de uitkomsten van een studie van Zgoba e.a.(2008) die in New Jersey 150 aan het eind van hun detentie met dit zelfde behandeltype behandelde seksuele delinquenten vergeleek met een niet behandelde groep gedetineerden. De instroom was in dit onderzoek niet ad random en dus een potentiële bron van bias. Uitkomst was dat er geen significant verschil was tussen de behandelde en onbehandelde groep op de uitkomstmaat seksuele recidive na 7 jaar. Dit gold ook voor de onderscheiden categorieën seksuele delictplegers. Wel duurde het gemiddeld iets langer voor er sprake was van een nieuw seksueel delict en was het recidivecijfer voor niet-seksuele delicten lager in de behandelde groep.

Gezien deze uitkomsten lijkt de voorzichtige conclusie van ons in 2001 dat behandelinterventies met een cognitief gedragstherapeutisch karakter ook in detentie in meer of mindere mate effectief kunnen zijn bij seksuele delictplegers niet meer verdedigbaar. Daar waar het effect van een groot en goed opgezet programma bij empirisch onderzoek met controlegroepen al niet aantoonbaar is zal dit voor de veel ongestructureerdere Nederlandse detentiesituatie zeker ook niet het geval zijn.

RECIDIVE EN VERSLAVINGSPROBLEMATIEK

Veel meer literatuur is er over empirisch onderzoek naar behandeling van verslavingsproblematiek in detentie. Ook dit onderzoek komt grotendeels uit de Verenigde Staten met een andere detentiecultuur en met name een veel hogere gemiddelde straftijd, zeker ook voor drugsdelicten. Hoewel dat uitkomsten voor de Nederlandse situatie relateert is het wel vrijwel het enige goede empirische onderzoek wat beschikbaar is.

In een meta-analyse van Mitchell e.a. van 2007 waarin 66 onderzoeken van verslavingsprogramma's in detentie werden beoordeeld en geëvalueerd op delictrecidive en terugval in drugsgebruik werd met name onderbouwing gevonden voor programma's gebaseerd op 'therapeutische gemeenschap-concepten (TG) en

counselingprogramma's. Dit gold niet voor (minder onderzochte) programma's gebaseerd op bootcamps of opiatenonderhoudprogramma's. Uitgangspunt is dat detentie een goede potentiële mogelijkheid is om te interveniëren in de cyclus van drugsmisbruik, delicten en detenties die uiteindelijk veel persoonlijke en maatschappelijke schade veroorzaken.

De TG-programma's waren veelal het intensiefst, hadden aandacht voor achterliggende problematiek en duurden gemiddeld 6-12 maanden. Counselingprogramma's zijn met name gebaseerd op groepsgericht met elkaar bespreken van de problemen. Best onderbouwd bleek het effect van TG-programma's, op zowel de vraag naar de vermindering van recidiverisico als drugsmisbruik. Dit kwam naar voren in verschillende detentiepopulaties met onderzoeken met verschillende designs. Counselingprogramma's bleken wel effectief op delictrecidive maar niet op drugsgebruik na detentie.

Burdon e.a. (2004) vonden in Californië in een onderzoek waarin 4155 gevangenen met verslavingsproblematiek geïnccludeerd waren dat de duur van het behandelprogramma in detentie voorspellend was voor participatie in het nazorgprogramma wat samen weer voorspelde tot in hoeverre er sprake zou zijn van vermindering van nieuwe inhechtenisnames. In deze studie was het effectgrootte hierbij 4% per maand extra behandelingen en begeleiding. Gedetineerden met een Mexicaanse achtergrond leken hierbij overigens meer te hebben aan support van familie en het eigen systeem. Methodologisch was dit onderzoek minder hoogstaand dan het bovenstaand onderzoek van Mitchell.

Pelisier e.a.(2005) evalueerden in een studie de uitkomsten van 20 middelenmisbruikprogramma's op basis van cognitief gedragstherapeutische programma's in 20 verschillende gevangenissen met steeds een eigen invulling van de programma's. Voor de ruim 1000 geïnccludeerde mannen in 16 inrichtingen bleken er geen verschillen op de uitkomstmaten drugsgebruik na detentie en recidive na één jaar van deze 16 locaties. De grote nadruk die in veel literatuur wordt gelegd op programma-integriteit wordt hiermee gerelativeerd.

Een alternatief in de Angelsaksische wereld voor klassieke strafrechtelijke afdoening van drugsgelateerde delicten zijn de "drugscourts en mental health courts", waar naast de strafrechtelijke doelstelling de therapeutische doelstelling evenwaardig worden meegenomen in de afdoening. Het functioneren en uitkomstresultaten van zo'n drugscourt worden beschreven door Kalich e.a. (2006). Langdurig toezicht wordt hier gecombineerd met behandelmodaliteiten. Ook in dit onderzoek werd weer gevonden

dat hoe langer individuen participeerden in een programma hoe lager de recidivekans. Afhakkers doen het slechter dan niet-geïnccludeerden, wat weer maakt dat bij een 'intention to treat design' het succes van een programma slechts beperkt is. Steeds lijkt motivatie een factor die moeilijk te operationaliseren is en de uitkomst van onderzoek vertekent. Ook het scholingsniveau en het deel zijn van een minderheidsgroep bleken negatieve voorspellers voor recidive.

De resultaten van buitenlandse verslavingszorgprogramma's in detentie kunnen niet een op een naar de Nederlandse situatie vertaald worden. Detenties zijn hier korter en behandeling vindt veel meer plaats na detentie in het kader van voorwaardelijke strafrechtelijke kaders. Eerder toonde van der Hurk nauwelijks effect aan op de recidivecijfers van Nederlandse VBA's met hun toenmalige programma.

Toch lijkt de algemene conclusie vanuit empirisch buitenlands onderzoek, ook onderzoek met methodologisch hoge kwaliteit, dat behandelprogramma's van verslavingsproblematiek een recidivereductie geven en minder drugsmisbruik. Net zoals wij eerder 8 jaar terug vaststelden zijn dit echter bescheiden effecten.

Drugscourts lijken voor Nederland geen toegevoegde waarde te hebben omdat in het Nederlandse recht via de mogelijkheid van gradueel verminderd toerekeningsvatbaarheid al veel mogelijkheden zijn voor het opleggen van behandelingen in het kader van een maatregel of in voorwaardelijke kaders.

Belangrijkste bevinding is dat meermaals naar voren kwam dat de totale duur van de behandeling in- en aansluitend aan detentie een belangrijke onafhankelijke variabele was. Daarnaast dat een sociaal therapeutisch community-achtige behandelcontext en cognitief gedragstherapeutische interventies het meest onderbouwd zijn.

CONCLUSIES NAAR AANLEIDING VAN DE RECENTE LITERATUUR

De algehele conclusie van ons artikel uit 2001 dat behandeling in detentie voor alle vier categorieën een bescheiden bijdrage kan leveren moet genuanceerd.

Voor psychotische gedetineerden is er nog steeds onvoldoende empirisch onderzoek dat deze conclusie rechtvaardigt maar is het model dat Lamberti presenteert, met als aangrijpingspunt compliance met de therapie en medicatietrouw, een goed handvat voor de toekomst. Primaat in detentie blijft daarom vooralsnog het adequaat behandelen van de stoornis met als doelen stabilisatie en rehabilitatie.

Voor seksuele delinquenten komt uit het best opgezette grootste empirische onderzoek naar de cognitief gedragstherapeutische behandelinterventie in detentie, het focus in vrijwel alle programma's, een onderzoek dat voldoet aan hoge methodologische eisen, dat dit effect niet onderbouwd is. Terughoudendheid lijkt hier op zijn plaats en samenhang lijkt met name gezocht te moeten worden met behandeling van deze

problematiek na detentie waarbij in detentie wel ondersteunende behandeling en pre-therapie voor behandeling na detentie kan plaatsvinden.

Ook voor agressieregulatieproblematiek is de evidentie voor de effectiviteit van behandelprogramma's in detentie zeer beperkt, casu quo afwezig.

Alleen voor verslavingsbehandeling is er evidentie vanuit goed empirisch onderzoek voor de meerwaarde van behandelprogramma's in- en aansluitend aan detentie die gericht zijn op recidivevermindering. Ook hierbij geldt echter, net als in 2001, dat de effecten vooral als ze worden vastgesteld met een goed gekozen controlegroepen en hoogstaande wetenschappelijke designs, bescheiden zijn.

Literatuur

Alexander M.A.(1999). Sexual offender treatment efficacy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 11, 101-116

American Psychiatric Association (1999). *Dangerous sex offenders*, Washington DC

Antonowicz D. en Ross R.R. (1994). Essential components of succesfull rehabilitation programs for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 97-104.

Asnis G.M., Kaplan M.L., Hundorfean G. e.a. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinical North America*, 20, 405-425.

Baas N.J. (1998). *Strafrechtelijke opvang verslaafden (SOV)*. Den Haag: Ministerie van Justitie/WODC.

Beech A., Fisher D., Beckett R. en Scott-Fordham A. (1998). _An evaluation of the prison sex offender treatment programme. *Research findings*, nr. 79. London, Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Beck R. en Fernandez E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive therapy and research*, 63-74.

Beenackers E.M.Th. (2000). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetsingskader, een literatuuronderzoek*. Onderzoeksnotities. Den Haag: WODC.

Berman A.H. (2004). The reasoning and rehabilitation program: Assessing short- and long-term outcomes among male Swedish prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40 (1/2), 85-103.

Bland R.C., Newman S en Thompson A. e.a. (1998). Psychiatric disorders in the population and prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 273-279.

Bourgon G. en Armstrong B. (2005). Transferring the principles of effective treatment into “real world” prisonsetting. *Criminal Justice and Behavior*, 32 (1), 3-25.

Bullens R. (2000). Risicotaxatie bij de individuele zedendelinquent: historische, klinische en situationele risicofactoren. In: T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in een breed perspectief*. Gouda Quint, Deventer

Bulten B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*. (diss. VU Amsterdam), Deventer: Kluwer.

Bulten B.H., Tilburg W. en van Limbeek J. (1999). Psychopathologie bij gedetineerden. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 575-587.

Burdon W.M., Messina N.P. en Prendergast M.L. (2004). The California treatment and expansion initiative: Aftercare participation, recidivism, and predictors of outcomes. *The Prison Journal*, 84 (1), 61-80.

Centraal medisch Tuchtcollege, 7 november 1991, Stcrt. 92,39.

Centraal medisch Tuchtcollege, 16 januari 1992.

Chandler D.W. en Spicer G. (2006). Integrates treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 42 (4), 405-432.

DJI (2001). Jaarverslag, Den Haag

Dhondt J. (2000). Resocialisatie en dwang. *Sancties*, 5, 267-271.

Douglas K.S., Cox D.N. en Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149-184.

Dwyer M. S. (1997). Treatment outcome study: seventeen years after sexual offender treatment. *Sexual abuse: Journal of research and treatment*, 149-160.

Fransen H. en Hondius A. (2000). Van asiel naar oase. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 425-436.

Frenken J. (1999). Behandeling van seksuele delinquenten in Europa. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 1011-1025.

Gendreau P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In: A.T. Hartland (red.), *Choosing correctional Options that work: Defining the demand and evaluating the supply*. California: Sage Publications.

Hall G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.

Hanson R. K. en M. T. Bussière (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 32, 325-337.

Harte J. M. (2000). Risicotaxatie in de rapportage Pro Justitia. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 1099-1110

Hiday V. A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence.

International Journal of Law and Psychiatry, 20, 399-417.

Hodgins S. (1998). Epidemiological investigations of the association between major mental disorder and crime: methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 29-37.

Hurk A. v.d. (1998) *Tussen helpende en de harde hand*. (dissertatie KU Nijmegen).

Janssen J.H.L.J. (2000). *Laat maar zitten. Een exploratief onderzoek naar de werking van de korte vrijheidsstraf*. Dissertatie RU Groningen. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Jong de H., Knol W.(1999). Passanten in behandeling; mogelijkheden en consequenties. *Sancties*,156-162

Kalich D.M. en Evans R.D. (2006). Drug court: An effective alternative to incarceration. *Deviant Behavior*, 27, 569-590.

Lamberti J. S. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 58 (6), 773-781.

Lammers S.M.M., Oosterhoff, S.A., Groen en H., Knol W. (2000). Preklinische interventies bij TBS-passanten in de Penitentiare Inrichting Zwolle. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 1111-1122.

Leuw E. (2000). Registratie en monitoring van pedoseksuele delinquenten. In: *Toezicht op seksuele geweldsplegers na invrijheidsstelling*. WODC, 186, Den Haag.

Link B.G., H. Andrews en F.T. Cullen (1992). The Violent and Illegal Behavior of Mental Patients Reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275-292.

Lösel F. (1996). Changing patterns in the use of prisons. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 4-3, 108-127.

Marques J. K. (1999). How to answer the question ‘Does sexual offender treatment work’? *Journal of Interpersonal Violence*, 437-451.

Marques J.K., Wiederanders M., Day D.M., Nelson C. en Ommeren A. van (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California’s sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17 (1), 79-107.

Marshall 1996, zie Beenackers

Marzuk P.M. (1996). Violence, Crime and Mental Illness. How strong a link? *Archives of General Psychiatry*, 53, 481-486.

Matser D. en Th. A. A. Doreleijers (2000). Antisociaal en agressief gedrag. Een literatuuroverzicht van neurobiologisch onderzoek. *Justitiële verkenningen*, 26, 51-75.

Mitchell O., Wilson D.B. en MacKenzie D.L. (2007). Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *Journal of Experimental Criminology*, 3, 353-375.

Mueser K., Drake R. Ackerson T., e.a. (1997). Antisocial personality disorder, conduct disorder and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 473-477.

Monohan J. (1992). Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence. *American psychologist*, 47, 11-521.

Panhuis P. J. A. van (1997). *De psychotische patiënt in de TBS: Van kwaad tot erger*. (dissertatie Leiden), Deventer: Gouda Quint.

Panhuis P. J. A. van (1999). Overheidsdwang: fin de siècle of 'into the new millennium? *Sancties*, 2, 68-80.

Panhuis P. J. A. van (2000). Empirisch gefundeerde risico-inschatting van agressief gedrag. In S. Tuinier, W. Verhoeven en P. van Panhuis (Red.), *Behandelingsstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen* (28-50). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,

Panhuis P. J. A. van, en P. M. Dingemans (2000). *Geweld en psychotische ziekte*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42, 793-802.

Pelissier B., Motivans M. en Rounds-Bryant J.L. (2005). Substance abuse treatment outcomes: A multi-site study of male and female prison programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 41 (2), 57-80.

Penitentiaire beginselen Wet, 18 juni 1998, Staatsblad 430

Redondo S., Sanchez-Meca, J., Garrido V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: an european meta-analytic review. *Psychology, Crime en Law*, 5, 251-278.

Schoemaker C. en Zessen G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Simpson A.I.F., Brinded P.M.J., Laidlaw T.M. e.a. (1999). *The national study of psychiatric morbidity in New Zealand Prisons*. Department of Corrections, New Zealand.

Singleton N., Melzer H. en Gatward R. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners*. (Summary report). London: Government Statistical Service.

Taylor P., Leese M., Williams D. e.a. (1998). Mental disorder and violence. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.

Tiihonen J. (2000). Pharmacological treatments for personality disordered offenders. In S. Hodgins en R. Müller-Isberner (Red.) *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention*. (p. 177-192). Chichester: Wiley.

Tuinier S., Verhoeven W. M. A., Panhuis P. J. A. van en Praag H. J. M. van (2000). Diagnostiek, neurobiologie en farmacotherapie van agressieve gedragsstoornissen: een overzicht van de stand van zaken. In: *Behandelstrategieën bij agressieve gedragstoornissen*, 67-102, Houten, Bohn Stafleu Van Loghem

Tweede Kamer (2000). Vaststelling van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2000, 2 mei 2000. Vergaderjaar 1999-2000, 26 800 VI, nr. 70.

Vegter P. (1999). *Behandelen in de gevangenis*. Oratie Nijmegen, Arnhem, Gouda: Quint.

Vitelli R. (1996). Prevalence of childhood conduct and attention-deficit hyperactivity disorders in adult maximum-security inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 263-271.

Wartna B. (1999). Recidive-onderzoek in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 41 (1), 40-56.

Watt B. en Howells K. (1999). Skills training for aggression control: Evaluation of an anger management programme for violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 285-301.

White P., Bradley C. en Ferriter M. (1998). Antilibidinal managements of disorders of sexual preference and those who have been convicted of sexual offenses, *The Cochrane Library*, 2, 1-16.

White P., Bradly C., Ferriter M. en Hatzipetrou I. (2000). Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *The Cochrane Library*, 3, 1-23.

Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D. e.a. (1997). *HCR-20: Assessing Risk for Violence (version 2)*. Mental Health, Law and Public Institute, Simon Fraser University, Vancouver.

Wexler H.K. e.a. (1992). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment.. In: C.K. Leukefeld en F.M. Tims (red.) *Drug abuse treatment in prisons and jails*. Rockville: NIDA .

Young J. L., Spitz R.T., Hillbrand M. e.a. (1999). Medication in adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments and prospects. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 27, 426-444.

Zgoba K.M. en Levenson J. (2008). Variations in the recidivism of treated and non treated sexual offenders in New Jersey: An examination of three frames. *Victims and offenders*, 3: 10-30

8. *Synthese en beschouwing*

De thematiek van dit proefschrift is de zorg voor psychiatrisch zieke gedetineerden en vooral de al lang bestaande knelpunten in die zorg en de moeilijkheden bij het bewerkstelligen van continuïteit van zorg na de detentie. Deze problemen worden ook in het bredere perspectief van de forensische zorg besproken. Onderzocht is of forensische voorzieningen op elkaar aansluiten, of de behandelkaders die de strafrechter kan opleggen voldoen en tot in hoeverre forensische zorg gericht is op gezondheidswinst voor de betrokkene of op maatschappelijke veiligheid (recidive vermindering).

Onderzocht is ook de kwaliteit van leven van psychiatrisch zieke gedetineerden in vergelijking met een ambulante psychiatrische populatie, de algemene bevolking en gedetineerden zonder psychopathologie.

De context vanuit literatuur en eerder onderzoek

Dit proefschrift start met een schets van de historische ontwikkeling van de psychiatrie, het gevangeniswezen en van de forensische psychiatrie in Nederland.

Hieruit blijkt dat waar deze instituties enkele eeuwen terug verweven waren, de justitie- en gezondheidszorgsystemen ongeveer 250 jaar geleden uit elkaar zijn gegroeid, en onderscheiden doelstellingen kregen. Rond 1800 maakte de psychiatrie zich ook los van de meer algemene gasthuizen en ontwikkelde zich tot een eigenstandig veld waarbinnen de forensische psychiatrie en de algemene psychiatrie nog volstrekt met elkaar vervlochten waren. Het indammen van maatschappelijke risico's voortvloeiend uit psychiatrische ziekte, met name brandstichting, was vanaf de late Middeleeuwen een belangrijke reden voor het tot stand komen van voorzieningen. De scheiding tussen algemene en forensische psychiatrie is echter nooit absoluut geweest, in de negentiende eeuw werd al herkend dat forse aantallen gedetineerden psychiatrische stoornissen hadden. Dit was de reden dat vanaf 1886 ook de strafrechter de mogelijkheid kreeg ontoerekeningsvatbare¹ (dus evident ernstig psychiatrisch zieke) delinquenten voor maximaal 1 jaar in de psychiatrie te plaatsen. Daarnaast kreeg de inspectie voor de geestelijke gezondheidszorg vanuit dezelfde wet een toezichtfunctie in de penitentiaire inrichtingen (P.I.'s). Zij kon daarmee krankzinnige patiënten overplaatsen naar de psychiatrische gestichten van destijds.

Al in 1902 hapert dit mechanisme echter waar een staatscommissie vermeldt dat “met de nieuwe humane zienswijze in de psychiatrie de uit- en doorstroom naar de gestichten

¹ Ontoerekeningsvatbaar: strafuitsluitingsgrond voor delinquenten die vanwege hun stoornis niet verantwoordelijk voor hun delict worden gehouden.

steeds moeizamer is geworden”. Met de TBS-wetgeving van 1925 komt het tot een categorale aparte voorziening voor niet volledig ontoerekeningsvatbare delinquenten, primair gericht op delinquenten met ‘karakterpathologie en gewoontemisdadigers’. In de periode 1928-1970 voldoen deze mechanismen redelijk om behandeling te bewerkstelligen voor psychiatrisch zieke delinquenten.

Vanaf de jaren ‘70 van de vorige eeuw komt het tot grote veranderingen in de maatschappij en de algemene psychiatrie onder invloed van de individualisering, het benadrukken van de autonomie van het individu, en het daarmee gepaard gaande terugdringen van dwang en paternalisme. Binnen de psychiatrie wordt dit belichaamd door de stroming van de antipsychiatrie die vraagtekens zette bij de maatschappelijke verhoudingen bevestigende functie van de psychiatrie en bij het construct psychiatrische ziekte. De doorstroming van psychiatrische patiënten vanuit justitiële omgevingen naar de reguliere psychiatrie stagneert dan nog uitgesprokener. Nieuwe wetgeving rondom opname in GGZ-instellingen en de versterking van de interne rechtspositie van de psychiatrische patiënten beperken de mogelijkheden voor het gebruiken van begrenzend en dwangelementen in de behandeling. Daarnaast leidt de tendens tot regionalisering tot kleine regionale psychiatrische behandelcentra, die inherent aan hun schaalgrootte slechts beperkte mogelijkheden hebben voor begrenzing van gedragsproblematieke psychiatrische patiënten. Begrenzing in de zin dat de autonomie van de individuele patiënt (tijdelijk) niet (volledig) wordt gerespecteerd. De aspecten van het gedrag die door de stoornis voortdurend leiden tot botsingen met de omgeving worden dan gereguleerd door bijvoorbeeld plaatsing op een gesloten afdeling, gedwongen medicatie, bewindvoering of controles op druggebruik.

Dit leidt ertoe dat de in dit proefschrift beschreven groepen patiënten steeds minder aansluiting vinden bij het reguliere zorgaanbod en soms na jarenlang verblijf ontslagen (uitgestoten) worden uit de psychiatrische instellingen. Vergelijkbare ontwikkelingen speelden in de verstandelijke gehandicaptenzorg en de verslavingszorg.

Patiëntenstromen verleggen zich doordat grensoverschrijdend gedrag dat samenhangt met stoornissen veel meer dan in de periode 1945-1975 in strafrechtelijke kanalen wordt geleid en daarmee ook naar detentie. Reactief komt het, ondanks intenties om deze groepen primair binnen de reguliere psychiatrie/GGZ op te vangen, tot de opbouw van een steeds verder uitdijend justitieel zorgveld met toenemende aantallen TBS-bedden, FPK’s, FPA’s, forensische poli’s, forensische verslavingsafdelingen en forensische RIBW’s, en een uitgebreid psychiatrisch zorgsysteem in detentie.

Het begrip forensisch staat hierbij voor zorg in detentie of in het kader van een strafrechtelijke titel, veelal in combinatie met een betere betaling per behandeling, om zo recht te doen aan de grotere complexiteit.

De in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen naar de achtergronden van de toename van (ernstige) psychiatrische patiënten in detentie en naar de gelijktijdige exponentiële groei van de forensische behandelsector buiten detentie lijken daarmee dezelfde achtergrond te hebben. De veranderde behandelfilosofie in de reguliere zorg met een centraal stellen van de hulpvraag van de patiënt als autonoom individu en het daarmee terugdringen van de mogelijkheden voor dwang - en drangelementen in de behandeling binnen de reguliere psychiatrische behandelsetting lijkt de belangrijkste oorzaak. Meer problematische subgroepen patiënten, in de zin van episodisch met de stoornis samenhangend dreigend en/of agressief gedrag met noodzaak voor begrenzing, verloren daarmee de aansluiting met de reguliere zorg, wat leidde tot boven genoemd gevolg. Daarnaast wordt in de literatuur gewezen op verschuiving van het aangrijpingspunt van behandeling: waar dit eerder was door plaatsen in een institutionele omgeving (bijvoorbeeld gesloten APZ) werd de focus steeds meer het bewerkstelligen van psychologische veranderingen bij het individu. Ook werd gewezen op de grotere complexiteit van veel pathologie door de verwevenheid met het sterk toegenomen drugsmisbruik en tenslotte de grotere etnisch/culturele diversiteit speelt een rol (Van Marle 2006, Van Panhuis 1997, Hodgins 1998).

Uitgaande van het paradigma dat de zorg voor ernstig zieke psychiatrische patiënten primair in en vanuit een regulier psychiatrische zorgvoorziening dient te worden verricht knelt de hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen in Nederlandse en ook buitenlandse penitentiaire inrichtingen (hoofdstuk 3). Ook roept het vragen op over het adequaat zijn van de zorg in die setting en in een eerder stadium in de reguliere psychiatrische setting. Deze vragen worden in dit proefschrift besproken aan de hand van een 5-tal rapporten uit de periode 1981-2007 van breed samengestelde onderzoekscommissies. Daarin is een geleidelijke evolutie van het denken te zien van primaire verantwoordelijkheid van de algemene psychiatrie voor de zorg aan psychiatrische gestoorde justitiabelen naar een nadrukkelijke verantwoordelijkheid door forensische en justitiële instituties en/of naar regie vanuit het justitieveld. Dit laatste gebeurt door middel van geldstromen, indicatiestelling, inkoop en het brengen van de zorg in strafrechtelijk kader onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie.

Vanaf 2007 is het budget voor de forensische psychiatrie vanuit de AWBZ van het Ministerie van VWS overgeheveld naar het Ministerie van Justitie en wordt een onafhankelijke justitiële indicatiestelling ten behoeve van behandeltrajecten en

zorgtoewijzing ontwikkeld. Vastgesteld kan worden dat de afgelopen 30 jaar ondanks het steeds herhaalde beleidsmatige uitgangspunt van zoveel mogelijk inzetten op zorg voor deze patiëntengroepen door de algemene psychiatrie, de maatschappelijke werkelijkheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met grensoverschrijdend gedrag feitelijk tegenovergesteld geëvolueerd is.

Schizofrenie in detentie

Hoofdstuk 3, het eerste artikel, richt zich op de mogelijkheden en beperkingen van behandeling in een detentiesetting en de huidige praktijk ervan, specifiek van schizofrenie in detentie. In dit eerste hoofdstuk wordt de vormgeving van de zorg aan schizofrene patiënten in detentie (met uitzondering van de 66 FOBA-plaatsen) beschreven. De hoge prevalentie van psychopathologie wordt vanuit binnen- en buitenlandse bronnen bevestigd en in samenhang gebracht met de wetgeving en cultuur van de algemene psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg. Deze werden de afgelopen decennia veel terughoudender met vormen van dwang en paternalisme.

Er wordt ook vastgesteld dat er om die redenen voorlopig veel psychiatrische patiënten in de P.I.'s terecht zullen blijven komen. Pas bij heroverweging van wetgeving rondom dwangopname op een wijze dat deze primair gericht is op het recht op zorg voor psychiatrische patiënten, ook bij afwezig ziektebesef, wordt vermindering van de instroom van psychotische gedetineerden verwacht. Dat kan dan echter ten koste gaan van de rechtspositie met betrekking tot de individuele vrijheden. Ook zwaarder aanzetten van de zorgplicht van behandelinstellingen en behandelaren in hun verantwoordelijkheidsgebied wordt in dit verband bepleit.

Er wordt beschreven dat het gaat om een relatief problematische groep schizofrene patiënten die zich kenmerkt door meer sociale deterioratie, meer drugsmisbruik, meer co-morbide persoonlijkheidsproblematiek en minder ziektebesef en ziekte-inzicht¹. De aan detentie inherente structuur en duidelijkheid met de aanwezigheid van basale psychiatrische zorg leidt doorgaans tot stabilisatie van de pathologie en duidelijke gezondheidswinst voor deze groep. In die zin lijkt de detentieomgeving een adequate behandelsetting voor deze groep. Er zijn aanwijzingen dat dit ook geldt voor andere patiëntengroepen zoals patiënten met autistische problematiek en patiënten met verslavingsproblematiek. De aansluiting van zorg in detentie naar de fase na detentie blijkt (zie ook hoofdstuk 5) echter steeds moeizaam. Verbetering van de zorg aan deze

¹ Ziektebesef is het besef hebben van een aanwezige ziekte/stoornis, ziekteinzicht is het begrijpen wat de stoornis inhoudt en het gedrag daar op afstemmen door bijvoorbeeld de vereiste medicatie te nemen en drugsgebruik te staken.

groep tijdens detentie is de laatste decennia vooral gekomen door versterking van de intrapenitentiare zorg.

Aansluitende zorg voor deze groep moet komen van de regionale reguliere of de forensische zorginstellingen. De regionale GGZ-instellingen hebben voor de groep met psychotische stoornissen een veel breder palet aan mogelijkheden voor dagstructuur, crisisopvang en woonvoorzieningen. Forensische GGZ-instellingen hebben meer oog voor aspecten van maatschappelijke veiligheid. Benadrukt wordt dat de aansluitende zorg gezien het vaak zeer kwetsbare maatschappelijke evenwicht onmiddellijk aansluitend aan detentie van de grond moet komen. Vastgesteld wordt dat indien dit niet het geval is dit vaak leidt tot een heilloze cirkel van met psychiatrische ziekte samenhangend delictgedrag en detenties.

Nog niet meegenomen in deze analyse was de conclusie uit het proefschrift van Canton(2004) dat juist behandelingen in de reguliere psychiatrie, dus veelal van psychotische patiënten, vaak tekortschoten door onvoldoende duur en intensiteit van de behandeling. Hierdoor kwam een relatief hoog percentage van deze patiënten tot recidive. Hoewel Canton pleitte voor meer inzet van de reguliere GGZ voor deze doelgroep, net als de meeste auteurs de afgelopen 30 jaar, kan naar aanleiding van deze bevinding ook ingezet worden op verdere uitbouw van de volgens sommige bronnen(Hodgins 2006) meer succesvolle forensische psychiatrie voor wat betreft recidivevermindering. Hodgins vond in een Engelse context een grotere recidivevermindering en minder heropnames bij behandeling in een forensische behandelsetting in vergelijking met de algemene psychiatrische sector.

In het naschrift van dit artikel besproken recent buitenlands empirisch onderzoek benoemt dat elders vergelijkbare problemen bij de aansluiting van de zorg in detentie op die na detentie spelen. Ook wordt in die studies de schizofreniepatiënt met justitiecontacten eveneens benoemd als meer problematisch en werd bepleit ze waar mogelijk af te buigen naar de (forensische) psychiatrie. Dit eventueel met een voorrangsregeling gezien de ernst van de problematiek en de maatschappelijke veiligheid. Specifiek wordt benadrukt de interventies te richten op verbeteren van de compliance en de medicatietrouw.

Belangrijke conclusie van dit hoofdstuk en antwoord op een van de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen is dat de zorg voor psychiatrische patiënten in detentie goed kan worden vorm gegeven ondanks de beperkingen van de context. Maar ook dat het (naadloos) tot stand brengen van noodzakelijke adequate aansluitende zorg vaak niet of onvoldoende lukt.

Kwaliteit van leven in detentie

In het tweede onderzoek en artikel, hoofdstuk 4, werd de kwaliteit van leven van gedetineerden met psychopathologie onderzocht en vergeleken met referentiegroepen uit de algemene bevolking, een groep gedetineerden zonder psychopathologie en een groep poliklinische psychiatrische patiënten. Ook werd gekeken naar verbanden met demografische, justitiële en penitentiaire factoren.

Kwaliteit van leven in detentie werd gemeten met een gevalideerd onderzoeksinstrument en blijkt voor wat betreft de bekende variantie vooral gerelateerd aan aanwezigheid van DSM As- I en/of As-II psychopathologie. Andere verbanden blijken slechts een geringe impact te hebben. Vergelijkbare bevindingen waren ook al gedaan voor psychiatrische patiëntengroepen buiten detentie.

Opvallend en interessant is de vergelijkbaar grote impact van As-II pathologie (persoonlijkheidsstoornissen) en As-I pathologie (klassieke psychiatrische ziekte) op kwaliteit van leven. Eerder onderzoek in een ambulante patiëntenpopulatie had vergelijkbare uitkomsten (Masthoff en Trompenaars, 2006). De hulpverlening en de psychiatrie zijn veelal meer gericht op de As-I pathologie. Voor As-II pathologie geldt als paradigma deze patiëntengroep primair op de eigen verantwoordelijkheid voor hun gedrag aan te spreken en slechts een beperkt ondersteunend behandelaanbod te bieden. De in dit onderzoek gevonden grote impact op de kwaliteit van leven van een persoonlijkheidstoornis, in detentie veelal cluster-B persoonlijkheidspathologie met een antisociale kleur, leidt tot de conclusie dat de hulpverlening vaak te kort schiet in haar aanbod voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

De impact op kwaliteit van leven was nog groter als er sprake is van co-morbiditeit, dus de combinatie van zowel As-I en As-II pathologie. Een combinatie die vaak aan de orde is in de forensische doelgroep (Bulten, 1999). Indirect geeft dit gegeven ook aan dat de forensische doelgroep, vaak gekenmerkt door co-morbiditeit, een relatief ernstig aangedane populatie is in vergelijking met patiëntenpopulaties in de algemene GGZ. Ook in dit onderzoek werd de hoge prevalentie van As-I en As-II pathologie, nog los van verslavingsaspecten, in een regulier Huis van Bewaring wederom bevestigd. Dit in de vorm van een prevalentiecijfer van 65% wat conform de (internationale) literatuur is.

Er werd vastgesteld dat de kwaliteit van leven van gedetineerden met verslavingsproblematiek in detentie op de meeste dimensies van het gebruikte instrument duidelijk beter was dan de kwaliteit van leven van verslaafde patiënten in de maatschappij. Doordat de controlegroep hier klein was moet deze conclusie met terughoudendheid worden gezien. Toch kan hier zeker gesproken worden van een zich aftekenende trend. De achtergronden zijn waarschijnlijk het in detentie sterk teruggedrongen/of via methadon gereguleerde middelenmisbruik, het zich kunnen

onttrekken aan de overlevingscultuur van de gebruikerswereld en de mogelijkheden van somatische stabilisatie (bij eten, medische zorg). Deze gevonden winst aan kwaliteit van leven is mogelijk mede verantwoordelijk voor het hoge recidivepercentage bij personen met verslavingsproblematiek. De opgelegde detentiesanctie bouwt een forse verhoging van kwaliteit van leven in, met mogelijkheden voor stabilisatie op psychiatrisch, sociaal en somatisch gebied. Er gaat daarom voor deze groep geen/weinig afschrikwekkende werking uit van de detentiedreiging, wat mogelijk mede de verklaring is van de hoge recidivecijfers voor deze groepen.

De belangrijkste onderzoeksvraag van dit tweede onderzoek en ook de belangrijkste uitkomst was de vastgestelde relatief goede kwaliteit van leven van gedetineerden met een psychiatrische stoornis in vergelijking met de referentiegroep psychiatrische patiënten in behandeling bij een polikliniek. Conform verwachting is de kwaliteit van leven van gedetineerden met een psychiatrische stoornis lager dan die van de algemene bevolking en die van gedetineerden zonder stoornis. Opmerkelijk is de bevinding dat de kwaliteit van leven van gedetineerden met een psychiatrische stoornis op de meeste dimensies beter is dan die van psychiatrische patiënten in behandeling bij een polikliniek.

Hoewel hier in detentie nog nauwelijks eerder onderzoek naar gedaan is sluit deze bevinding wel aan bij eerdere onderzoeken bij patiënten in buitenlandse medium- en high security forensische behandelinstellingen (Salloppé en Pham 2006, Walker en Gudjonson, 2000).

Deze bevinding van voldoende of zelfs betere kwaliteit van leven dan van patiënten in een poliklinische behandelsetting ondersteunt de conclusie van hoofdstuk 3 dat behandeling in detentiesetting, ondanks beperkingen, in voldoende mate mogelijk is. Het roept de vraag op wat de achtergrond is van de relatief hoge kwaliteit van leven van patiëntengroepen in detentie in vergelijking met de patiëntengroep van de reguliere psychiatrische polikliniek. Er werden in beide onderzoeken de zelfde onderzoeksinstrumenten gebruikt voor het vastleggen van psychopathologie en de kwaliteit van leven. De aard van de psychopathologie werd door de onderzoekers op klinische gronden in detentie als ernstiger beoordeeld dan in de poliklinische populatie vooral door meer en ernstiger psychotische stoornissen en meer co-morbiditeit. Dit maakt dat de conclusie voor de hand ligt, dat het verschil in kwaliteit van leven in belangrijke mate moet worden toegeschreven aan de verblijf/behandelsetting. Beredeneerd wordt dat aspecten die inherent zijn aan de (Nederlandse) detentiesetting de kwaliteit van leven in positieve zin lijken te beïnvloeden. Dit betreft de grote mate van structuur, de voorspelbaarheid, de fysieke veiligheid, de relatief beperkte eisen aan

de individuele gedetineerden (activiteiten, interpersoonlijke vaardigheden) en de langdurige beschikbaarheid van basale medische en psychiatrische zorg. Meermaals werd empirisch aangetoond (zie hoofdstuk 4) dat de kwaliteit van leven vermindert samenhangend met psychopathologie. Daarom kan verondersteld worden dat een setting waar voor een vergelijkbare patiëntengroep de kwaliteit van leven beter is de setting een positieve uitwerking heeft op de ernst van de psychopathologie. Doorredenerend betekent dit dat de detentiesetting of in ieder geval aspecten van de detentiesetting (veiligheid, structuur, basale medische psychiatrische zorg) een positieve uitwerking lijkt te hebben op de ernst van de psychopathologie. Dit ondersteunt de conclusie uit het eerste artikel (hoofdstuk 3) dat een detentiesetting een voldoende basis is voor de behandeling van gedetineerden met psychose en/of schizofrenie. Gezien de gevonden redelijke kwaliteit van leven voor de hele groep met psychopathologie in dit onderzoek is de detentiesetting mogelijk ook voldoende basis voor behandeling van psychopathologie in algemene zin.

Uit de studie komt naar voren dat de omgevingsfactor van het kwaliteit-van-leven concept een negatieve impact heeft op de kwaliteit van leven, een indicatie voor een zekere mate van deprivatie die met de detentie gepaard gaat.

Ook blijkt dat als er als de kwaliteit van leven op de sociale dimensie goed was en er een sociaal netwerk, vaste partner en huisvestiging na detentie is, justitiabelen zich snel aan de detentiesituatie aanpassen.

De derde onderzoeksvraag is hiermee beantwoord namelijk dat de kwaliteit van leven beter is dan verwacht en zelfs beter dan van poliklinisch behandelde psychiatrische patiënten. Afbreuk aan kwaliteit van leven door de detentie van psychiatrisch zieke gedetineerden is daarmee geen reden voor uitplaatsing naar GGZ-behandelinstellingen.

Daarnaast kan op basis van deze studie worden geconcludeerd dat de elementen van de detentiesituatie die een positieve invloed hebben op de kwaliteit van leven van psychiatrisch zieke gedetineerden meer geprononceerd deel zouden moeten uitmaken van het reguliere klinische psychiatrische behandelaanbod. Dit vooral voor de gedragsproblematische psychiatrische patiënten met ernstigere complexe psychopathologie gecompliceerd door alcohol- en middelenmisbruik, persoonlijkheidsproblematiek en weinig of ambivalente motivatie voor (vrijwillige) behandeling. Het gaat dan met name om de duidelijke structuur, voorspelbaarheid, basale steun en de basale medische en psychiatrische zorg

Doorstroming en samenhang

Het derde deelonderzoek en artikel, hoofdstuk 5, ging in op het grensverkeer; de overplaatsingen, tussen forensisch psychiatrische voorzieningen en van forensisch psychiatrische voorzieningen naar algemeen psychiatrische voorzieningen.

Gedurende een half jaar werd de uitstroom van een TBS kliniek, een FPK, een forensische polikliniek en dagbehandeling, een IBA van een Penitentiaire Inrichting en FPN gemonitord.

Vooronderstelling was dat deze voorzieningen één patiëntengroep bedienen die, op wisselende momenten en al of niet op verwijzing van en naar elkaar, uiteindelijk dezelfde populatie is. Een populatie gekenmerkt door sterk gedragsproblematieke patiënten/justitiabelen met meervoudige psychiatrische problematiek, waardoor ze met het justitiesysteem in aanraking komen. Niet eerder werd dit systematisch geïnventariseerd, ondanks dat er in het verleden vaak kritiek was op onmogelijkheden van doorstroming en uitstroming door werkers in het veld. Meest opvallende conclusie is dat de populaties van de verschillende zich forensisch psychiatrisch noemende voorzieningen diagnostisch in twee duidelijke groepen uiteen vielen. De populaties van de IBA van de P.I., de FPA van de GGZ-instelling, de FPK en in mindere mate de TBS kliniek werden sterk gekenmerkt door As-I psychiatrische pathologie, met name psychotische problematiek (50 tot 90%). Deze werd vaak gecompliceerd door comorbide middelenmisbruik, zwakbegaafdheid en/of persoonlijkheidsproblematiek. Dit in tegenstelling tot de populatie van de ambulante forensische behandelvoorzieningen en de in een regionaal Forensisch Psychiatrisch Netwerk (FPN) besproken populatie, die primair gekenmerkt wordt door persoonlijkheidsproblematiek, overlast en verslavingsaspecten. In de ambulante forensische behandelinstellingen is de populatie daarnaast mede gekenmerkt door patiënten met delictgedrag in de zedensfeer. Dit betekent daarmee dat deze beide groepen voorzieningen niet op elkaar aansluiten. Bij de door- en uitstroom van patiëntengroepen met As-I pathologie als hoofddiagnose vanuit de forensische klinische voorzieningen, TBS voorzieningen en detentie hadden de ambulante forensische voorzieningen en het FPN slechts een beperkte rol. Dit ondanks de oorspronkelijke doelstelling van deze voorzieningen om uitstroom uit de TBS en het gevangeniswezen te faciliteren.

Uitstroom naar de beoogde (geïndiceerde) voorziening kwam meestal alleen tot stand als er een opgelegd strafrechtelijk behandelkader was (37/39Sr. Sr., bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijk kader, transmuraal verlof TBS) of dit organisatorisch (terugnamegarantie bij problemen) of financieel (toeslag op bedprijs) werd gefaciliteerd. Bij de TBS populatie bleek dat de uitstroom uit de TBS-kliniek vaak tot stand kwam door inkoop van plaatsen in reguliere instellingen en met voortzetting van het TBS-kader in de zin van een transmuraal verlof. Of hier werkelijk van uitstroom

gesproken kan worden is dan dus kwestieus, want feitelijk lopen TBS-kader en dito financiering door. Doorstroming bleek het moeilijkst als een langer durende behandel- en/of verblijfsvoorziening met een hoog zorgniveau vereist was, terwijl er geen justitieel kader meer was. De doorplaatsing lukte vaak niet en dan waren deze patiënten aangewezen op de maatschappelijke opvang of verdwenen ze in het zwerverscircuit. Ten aanzien van de onderzoeksvraag naar de samenhang van de zich forensisch psychiatrisch noemende voorzieningen kan daarom geconcludeerd worden dat die er onvoldoende en slechts beperkt is.

Mogelijk dat de in ontwikkeling zijnde onafhankelijke indicatiestellingsystematiek voor forensische zorg de probleem met de onderlinge verwijzingen kan terugdringen.

Bepleit wordt daarom het opzetten van gesloten structurerende zorgintensieve behandel- en verblijfsvoorzieningen voor deze gedragsproblematische meervoudige problematische populatie om een patroon van een eindeloze gang van deze patiënten door de verschillende voorzieningen afgewisseld met soms ernstige delicten te doorbreken.

Daarom lijkt het beleid om het zorgaanbod na afloop van justitiezorg volledig te baseren op de autonome hulpvraag van de patiënt en zo mogelijk ambulant uit te voeren vanuit kleinschalige behandelvoorzieningen heroverweging te verdienen. Vergelijkbare overwegingen als voor de reguliere psychiatrie gelden voor de verslavingszorg en de verstandelijke gehandicaptenzorg.

Strafrechterlijke kaders voor behandeling

Hoofdstuk 6, het vierde artikel, is een beschouwing over de strafrechtelijke kaders waarbinnen door de strafrechter opgelegde behandeling plaats kan vinden. Waar het derde artikel inging op voorzieningen en het aansluiten van voorzieningen op elkaar, gaat dit artikel in op de daarvoor door de strafrechter opgelegde juridische kaders en de mogelijkheden en de beperkingen van deze kaders. Gezien de in het vorige hoofdstuk vastgestelde geringe onderlinge samenhang van voorzieningen en de gebrekkige mogelijkheden voor over/uitplaatsing wordt in dit hoofdstuk bezien tot in hoeverre te kort schietende juridische kaders hieraan debet zijn. Ook in de recente Angelsaksische literatuur wordt het belang benadrukt van strafrechterlijke kaders: ‘legal leverage’ om de compliance met de behandeling te vergroten.

Vertrekpunt was de vaststelling dat op dit moment TBS met verpleging feitelijk het enige behandelkader is met mogelijkheden voor langer durende en intensievere vormen van begrenzing en dito vormen van toepassing van dwangelementen in die behandeling. Dit heeft geleid tot een grote groei van het aantal TBS-gestelden met verpleging tot ongeveer 2000 patiënten eind 2008.

Vanuit de veronderstelling dat een voortdurend toenemen van het aantal TBS-gestelden noch houdbaar is, noch maatschappelijke winst oplevert, is gekeken naar de andere (straf)rechtelijke kaders waarin begrenzende behandeling plaats vindt. Vervolgens werden mogelijkheden gezien om door aanpassing van deze kaders meer en/of langer vormen van begrenzing of dwang mogelijk te maken. Daarmee zou de noodzaak voor TBS-oplegging kunnen verminderen en er sneller worden gereageerd op met stoornissen samenhangend grensoverschrijdend gedrag. Uiteindelijk zou dit ook kunnen leiden tot een vermindering van delictgedrag en dus een toename van de maatschappelijke veiligheid. Dit resulteert in een aantal aanbevelingen tot wijziging om zo te komen tot meer samenhang en geleidelijkere overgangen

Er wordt geschetst dat het gat in de mogelijkheden voor dwangtoepassing tussen TBS met verpleging met zijn mogelijkheden van totale controle en de behandelkaders vanuit de BOPZ, vanuit voorwaardelijke straffen en andere justitiële maatregelen (37/39Sr.Sr., ISD¹) de afgelopen 25 jaar is toegenomen. Dit komt door de versterking van interne en externe rechtspositie van de patiënten, het sterk terugdringen van bevoogdende en paternalistische elementen in de zorg voor psychiatrische patiënten, de ambulantisering en het terugdringen van dwangelementen in de behandeling. Resultaat is dat langer durende behandeltrajecten met elementen van dwang, begrenzing en structurering buiten TBS-kader veel minder dan voorheen plaatsvinden.

Een voorwaardelijke behandelkader, veelal een voorwaardelijk strafdeel, kan slechts beperkt het ondergaan van behandeling afdwingen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om in verband met recidivepreventie vereiste medicatie.

Toch heeft het ministerie van Justitie als beleid geformuleerd sterker te willen inzetten op behandeling in voorwaardelijke strafkaders om een recidivevermindering te bewerkstelligen.

Vanuit de overweging dat bij de in dit proefschrift besproken groepen de vereiste en/of geïnitieerde behandeling slechts beperkt tot stand komt op vrijwillige basis, en er ook binnen een BOPZ-kader weinig sprake is van langer durende gedwongen zorgtrajecten, worden in dit hoofdstuk een aantal voorstellen gedaan de strafrechtelijke zorgkaders, anders dan de TBS met verpleging, te versterken.

Het artikel werd gepubliceerd kort voor de parlementaire enquêtecommissie TBS en gedeeltelijk zijn deze voorstellen via deze commissie ook overgenomen en in (komende) wetgeving vastgelegd.

¹ Maatregel van plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders. Het gaat hierbij om veelplegers die vaak verslaving - en/of psychiatrische problematiek hebben

Leidend principe van (justitiële) dwangtoepassing in de zorg zou daarbij moeten zijn niet intrusiever dan noodzakelijk, maar waar noodzakelijk doelmatig en gepast gebruikmaken van de mogelijkheden in het belang van uiteindelijk zowel betrokkene als de maatschappij. Immers beide hebben belang bij het voorkomen van recidiefdelicten samenhangend met stoornis.

Er worden daarbij de volgende zaken bepleit:

Bij voorwaardelijke behandelkaders (voorwaardelijke gevangenisstraf, voorwaardelijke schorsing preventieve hechtenis, voorwaardelijke ISD-maatregel) die te karakteriseren zijn als “drang” maatregel, sneller consequenties te verbinden aan het niet naleven van de voorwaarden, dus het onttrekken aan behandeling. Bepleit wordt daartoe om naar analogie van de TBS met voorwaarden de officier van justitie de bevoegdheid te geven de voorwaardelijke straf onmiddellijk te effectueren en/of de schorsing van de bewaring op te heffen. De stok achter de deur tot het ondergaan van behandeling zou met deze wijzigingen steviger en effectiever worden en daarmee de externe motivatie van de justitiabele om de opgelegde behandelingen ook feitelijk te ondergaan en af te ronden.

Voor de 37/39 Sr. maatregel wordt bepleit expliciet een opname in een gesloten setting te vereisen en daarnaast de eis te formuleren dat voor het beginnen met bewegingsvrijheid buiten de gesloten afdeling en/of ontslag of overplaatsing naar een open behandelsetting, een externe justitiële institutie, bijvoorbeeld de zaaksofficier van justitie of een executieofficier, hiermee moet instemmen.

Daarmee is het vanuit het strafrecht mede beoogde effect van recidivepreventie ook meer geborgd en de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke veiligheid ook gelegd bij de instantie die dit als kerntaak heeft, namelijk het openbaar ministerie.

Een ander element van de artikel 37-plaatsing in een psychiatrische inrichting is dat dit in de huidige wetgeving volledige ontoerekeningsvatbaarheid vereist, waarmee de betrokkene/patiënt volledig ontslagen is van rechtsvervolging. Dit betekent in de praktijk dat als ernstig schizofrene of autistische patiënten delicten plegen waar de stoornis weliswaar meespeelde maar geen allesbepalende rol had, zij deze maatregel niet opgelegd kunnen krijgen. Resultaat is dan een detentiestraf of een voorwaardelijke straf met de voorwaarde tot het ondergaan van psychiatrische behandeling. Een fors deel van de groep ontbeert echter ziektebesef en/of ziekte-inzicht, of is niet in staat zich na opname (langerdurend) te conformeren aan de behandeling en voorwaarden. De facto leidt dit dan tot het (alsnog) ondergaan van een kale detentie. Door opheffing van het criterium van volledige ontoerekeningsvatbaarheid, naar analogie overigens met de TBS-maatregel en de ISD-maatregel waar die ook niet vereist is, kan deze constructie

veel vaker worden gebruikt om ernstige psychiatrische patiënten die samenhangend met hun stoornis (matig ernstige) delicten plegen te plaatsen in een behandelinstelling. Nu de praktijk toenemend is dat de 37/39 Sr. maatregelen ten uitvoer worden gelegd in forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) of forensisch psychiatrisch klinieken (FPK's) is er ook meer dan voorheen oog voor het recidivepreventie/maatschappelijke veiligheidsaspect dan voorheen.

Het in het artikel bepleite loslaten van het vereiste bij oplegging van voorwaardelijke strafkaders van een maximale straf van 3 jaar is inmiddels gedeeltelijk gerealiseerd doordat de wetgever deze grens sinds 01.02.2007 bij 4 jaar heeft gelegd. Bij een sanctie van meer dan 4 jaar (on)voorwaardelijke gevangenisstraf (gecorrigeerd voor vervroegde invrijheidsstelling 2 jaar en 8 maanden) kan als behandelmaatregel/kader dus alleen een TBS met verpleging worden opgelegd, waarmee de strafrechter nog steeds bruikbare alternatieven voor de TBS met verpleging wordt onthouden. Bepleit wordt daarom deze begrenzing volledig of in ieder geval verdergaand los te laten zodat ook na een zeer langdurige onvoorwaardelijke detentie via een voorwaardelijk strafdeel ook een behandeltraject gericht op recidivepreventie en maatschappelijke inbedding kan worden opgelegd. Dit is ook meer transparant en publiek toetsbaar dan de slechts beperkt van de grond gekomen praktijk met penitentiaire programma's waarbij de laatste periode van detentie wordt omgezet in het ondergaan van behandeling buiten detentie.

Een toetsingselement buiten de behandelende kliniek zou ook geïntroduceerd kunnen worden voor patiënten opgenomen in het kader van de wet BOPZ (of diens opvolger, de Wet Verplichte geestelijke Gezondheidszorg) om zo een te vrijblijvende invulling van deze maatregel tegen te gaan. Hierbij zou de inspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg, BOPZ officier van justitie en/of regionale toetsingscommissies een rol kunnen spelen. Op dit moment wordt slechts achteraf schriftelijk verantwoording afgelegd aan de inspectie voor de geestelijke gezondheidszorg. Deze toetsing is daarbij meer gericht op het waarborgen van patiëntenrechten als op het adequaat ingedamd zijn van bij aanvang van de maatregel met de stoornis samenhangende gevaarselementen.

Al deze aanbevelingen voor versterking van bestaande strafrechtelijke kaders hebben zoals gezegd als doel om een meer glijdende schaal van dwang/drang toepassing mogelijk te maken ter voorkoming van een te grote instroom van ernstige psychiatrische patiënten in detentie en in de TBS. Dit door in een eerder stadium makkelijker te kunnen komen tot begrenzing, bijvoorbeeld plaatsing in een gesloten

behandelsetting, en behandelinterventies, bijvoorbeeld gericht op motivatie of gedwongen medicatie.

Met deze kanttekeningen bij de mogelijkheden van de huidige strafrechterlijke kaders en de aanbevelingen voor aanpassingen ervan is de vijfde vraag uit de inleiding van dit proefschrift beantwoord.

Het lijkt erop dat de in Januari 2009 gepresenteerde consultatieversies van de wetten ‘Verplichte geestelijke gezondheidszorg’ en de ‘Forensische zorg’ (beoogde invoeringsdatum 1-1-11) bovengenoemde aanbevelingen en principes meer volgen dan de huidige wet Bopz en de Beginselen wet verpleging TBS-gestelden.

De focus van behandeling op vermindering van klachten of op recidivevermindering

Hoofdstuk 7, het vijfde artikel, gaat in op de vraag uit de inleiding van dit proefschrift naar het spanningsveld tussen enerzijds zorg in detentie die in aanleg gericht is op vermindering van klachten en lijden van de betrokkene, met mogelijk secundair een recidivepreventief effect, en anderzijds zorginterventies in detentie specifiek gericht op recidivevermindering met mogelijk secundair als effect vermindering van psychische klachten.

Geschetst wordt dat de huidige penitentiaire zorgstructuur gericht is op het verminderen van psychiatrische klachten en in die zin een klassieke gezondheidszorgbenadering heeft.

Dit was het eerst geschreven deelonderzoek van deze promotie en hier klinkt nog de aarzeling door met betrekking tot het gericht behandelen in detentie, vanuit de overweging dat detentie toch primair een vergeldend en leedtoevoegend karakter heeft. Dit argument gold nog sterker voor hulpverleningsinterventies die niet gericht zijn op vermindering van lijden en ziektelast maar die gericht zijn op recidivepreventie van delicten. Geleidelijk is dit uitgangspunt echter toenemend verlaten, mede door invloed van de publicaties van Vegter (Vegter, 1999).

Nederland kent een tweesporig strafstelsel met een tot heden principiële tweedeling tussen enerzijds detentie met vrijwel alleen zorg ter vermindering van verschijnselen van psychiatrische ziekte en anderzijds pas na en aansluitend aan de detentie behandeling in de algemene of forensische behandelsector met interventies primair gericht op recidivevermindering.

Elementen van dwang en drang zijn in een detentiesetting slecht mogelijk omdat behandeling ook in detentie plaatsvindt binnen het kader van de WGBO en de BIG, dus uiteindelijk vrijwillige behandelkaders. Hoewel de Penitentiaire Beginselen Wet dwangbehandeling mogelijk maakt, voldoet de setting feitelijk niet aan de randvoorwaarden hiervoor.

De mogelijkheden voor behandeling ten aanzien van verschillende groepen en delicten worden besproken. Dit wordt uitgesplitst naar verslaafde gedetineerden, psychotische gedetineerden, gedetineerden met agressieregulatieproblematiek en seksuele delinquenten. Ook worden de zeer hoge delict- en detentierecidivecijfers, oplopende naar ruim 80% na enkele jaren voor specifieke groepen (Wartna, 2006) als achtergrondgegeven aangehaald.

Er wordt op basis van de literatuur geconcludeerd dat, ondanks methodologische beperkingen en ondanks onderscheiden opzet van de verschillende onderzoeken, behandeling kan bijdragen aan recidivevermindering. Een grote overzichtstudie schat het effect hiervan op 12 procentpunten (Redondo 1999), wat substantieel is. Echter dit gaat om het behandel-effect van zeer verschillende interventies die veelal niet in detentie plaatsvonden. De meest effectieve programma's richten zich op criminogene tekorten/factoren¹, vaardigheidstekorten, interpersoonlijke tekorten, zijn cognitief gedragtherapeutisch georiënteerd, gericht op verslavingsaspecten, en waar geïndiceerd op farmacotherapie. Zoals ook in 2001 geconcludeerd dienen verwachtingen over uitkomsten bij brede implementatie in detentie buiten de onderzoeksetting waarschijnlijk gematigd te zijn.

Bij een search van de literatuur van de laatste vijf jaar bleek dat nieuw evaluatie onderzoek met strictere en hoogwaardigere designs geen evidentie vond voor het significant verminderen van recidive bij het behandelen van agressieregulatieproblematiek en van seksuele delictplegers in detentie. Mogelijk enige vermindering van recidiverisico bij de behandeling van psychotische stoornissen in detentie, en alleen voor behandeling van verslavingsproblematiek wordt vrij stelselmatig een (bescheiden) effect van behandelen in detentie onderbouwd. Indien een aanbod voor op specifieke gedetineerde patiëntengroepen gerichte interventies komt van buiten de penitentiaire zorgstructuur zal goede afstemming noodzakelijk zijn met degenen die zorg verlenen vanuit de penitentiaire zorgstructuur. Het PMO, dat een coördinerende rol heeft voor de zorginspanningen in detentie, zal de verschillende interventies op elkaar moeten afstemmen en indiceren.

Enkele jaren terug is vanuit DJI, de Dienst Justitiële Inrichtingen, het programma 'Terugdringen Recidive' (TR) gestart. Daarbij is men vooral gericht op het vaststellen van criminogene tekorten en deze te verminderen met vaardigheidstrainingen en begeleiding door reclasseringmedewerkers.

¹ (Sociale) factoren waarvan onderbouwd is dat ze de kans op recidive verhogen, bij voorbeeld het hebben van schulden of een antisociale levensstijl.

Het veelal als training opgezette aanbod is vooral gericht op de niet psychiatrisch zieke gedetineerden, ook kan de betrokkenen een detentievervangend begeleidingsaanbod worden gedaan.

Een cursorisch begeleidingsaanbod van de reclassering kan, net als een behandelingsaanbod vanuit forensische behandelinstellingen bij de aanwezigheid van stoornissen, een bijdrage leveren aan het terugdringen van recidive. Het ministerie van Justitie zet met haar programma 'Vernieuwing forensische zorg' de laatste jaren nadrukkelijk in op dit soort interventies. Evaluatie onderzoek naar de effectiviteit in de Nederlandse context heeft echter nog nauwelijks plaats gevonden (Van Tilburg e.a. 2009).

Nadere beschouwing

Samenvattend is er de laatste jaren in de praktijk sprake van een verschuiving van de zorg voor (ex)justitiabelen van de reguliere psychiatrie, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg naar zorginstellingen/afdelingen in een steeds eigenstandiger functionerend forensisch behandelveld. Qua focus is er een verschuiving van vanuit een klassiek zorgparadigma op stoornis en symptoomreductie gericht behandelen naar een primaire gerichtheid op recidivepreventie. Deze verschuiving is minder bij behandeling in de detentiesetting, hoewel men wel toenemend motiverende elementen toevoegde voor verdere vervolgbehandeling met mede een recidivepreventie doelstelling. Deze beide behandelvelden zijn niet volledig onderscheiden. Ze lijken meer een continuüm en in elkaars verlengde te liggen dan elkaar uit te sluiten.

Vanuit bovenstaande komt ook het antwoord naar voren op de laatste geformuleerde onderzoeksvraag naar het ondanks vele initiatieven en nota's onvoldoende tot stand gekomen samenhangend zorgaanbod voor deze groep (forensisch) psychiatrische patiënten voorafgaand, tijdens en aansluitend aan detentie. De reguliere zorg (zowel in de GGZ, Verstandelijk Gehandicapten zorg als de Verslavingszorg) ging de afgelopen decennia onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen, die ook vastgelegd werden in wet en regelgeving, toenemend hulpverleners op basis van de hulpvraag van het autonome zelfbeschikkende individu. Zij liet daarmee meer traditionele zorgverlening vanuit paternalisme, 'bestwil denken' en begrenzen grotendeels los. Hierdoor kon de reguliere zorg patiëntengroepen die primair kader, begrenzing en structuur nodig hadden niet meer opvangen. Deze patiënten kwamen daardoor toenemend in justitiële instellingen. Toch bleef nog lange tijd het paradigma intact dat Justitie geen behandeltaken had, met uitzondering van behandeling in TBS-kader. Geleidelijk en tegen de staande beleidslijn in kwam het eerst tot een behandelgedogende insteek en groeide vervolgens een praktijk met een groeiend en toenemend gedifferentieerd justitieel zorgveld.

De maatschappelijke legitimatie van langerdurende en meer intrusieve vormen van structuuroplegging, begrenzing en dwang binnen behandelingen is er in 2009 vrijwel alleen nog binnen een justitieel kader. De onontwarbare kluwen van ‘psychiatrisch patiënt of crimineel’, ‘mad or bad’ of allebei, heeft pas recent zijn bedding gevonden in een breder concept van forensisch psychiatrisch patiënt dan voorheen gebruikelijk. Waar dat lange tijd min of meer samen viel met de TBS-patiënt is dit begrip steeds meer verbreed tot alle patiënten die samenhangend met hun stoornis met de strafrechter in aanraking komen.

Het concept forensisch psychiatrisch patiënt doet zowel recht aan de met de stoornis samenhangende zorgbehoefte van de patiënt als aan de afbreuk van de maatschappelijke veiligheid die van deze patiënten uitgaat. De GGZ-sector en de justitiestructuren hebben lang tijd nodig gehad om deze brug tot stand te brengen, reden voor de slechts beperkte verbeteringen in de zorg voor psychiatrisch zieke justitiabelen tot nu toe. Met de al naar justitie overgehevelde financiering van de forensische zorg en de komende wet op de forensische zorg (beoogde invoeringsdatum 1-1-2011) lijkt ook maatschappelijk toenemend recht gedaan te worden aan de eigenheid en eigenstandigheid van het forensisch psychiatrische veld.

Sterke en zwakke punten van dit onderzoek

Als sterk punt van deze dissertatie kan worden genoemd dat dit het eerste Nederlandse promotieonderzoek is met de focus specifiek gericht op verschillende aspecten van de zorg voor gedetineerden met psychiatrische stoornissen. Via het derde en vierde artikel is ook gekeken naar de praktijk van de aansluitende zorg en de beperkingen daarvan. Hiermee wordt de huidige praktijk beschreven en verheldert en de knelpunten gepreciseerd. Het tweede artikel onderbouwd op empirische wijze een relatief goede kwaliteit van leven van psychiatrisch zieke gedetineerden, ook in vergelijking met een poliklinische psychiatrische patiëntenpopulatie. Hiermee wordt het belang van aan detentie inherente aspecten als structuur voor de behandeling van deze patiëntengroepen onderstreept.

Als zwakke punten zijn te benoemen dat drie van de vijf artikelen/deelonderzoeken een beschrijvend/beschouwend karakter hebben en niet zijn gebaseerd op een empirische methodiek. Hierover kan wel gezegd worden dat de psychiatrie een vakgebied is met zowel een beschouwende als een empirische traditie.

Daarnaast dat beide empirische onderzoeken (hoofdstuk 4 en 5) een cross-sectioneel en niet een longitudinaal design hadden. Ook zou naast de poliklinische referentiegroep in het ‘kwaliteit van leven’- onderzoek een referentiegroep uit de gesloten klinische psychiatrie meerwaarde hebben gehad. Ten slotte zijn de bevindingen en conclusies van

dit proefschrift maar beperkt generaliseerbaar buiten Nederland gezien de specifiek Nederlandse strafrechtelijke en penitentiaire context.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Qua vervolgonderzoek zou een longitudinaal onderzoek naar kwaliteit van leven in een patiëntencarrière met fasen in de reguliere zorg, fasen zonder zorg, fasen in detentie en fasen in de forensische zorg meer inzicht geven in hoe de behandelomgeving de kwaliteit van leven, de recidiverisico's en de mate van psychopathologie kan beïnvloeden.

Herhaling van het onderzoek naar de over- en uitplaatsingen tussen en uit forensische zorgvoorzieningen lijkt zinvol om te bezien of door de nieuwe wijze van indicatiestelling en financiering van de forensische zorg ook daadwerkelijk sprake is van meer samenhang van voorzieningen en soepelere verwijsstromen.

Ook lijkt het zinvol recidive onderzoek te doen uitgesplitst naar verschillende patiëntengroepen waarbij ook bezien zou moeten worden of het toenemend behandelen in forensische zorginstellingen/afdelingen ook daadwerkelijk leidt tot minder recidive van forensisch psychiatrische patiënten, verder gaande stabilisatie van de psychopathologie en verbetering van de kwaliteit van leven.

Toekomst en aanbevelingen

Nog steeds gaat de tendens om voort dwang en drang terug te dringen in de reguliere zorg, denk aan de tendens om separeren in de reguliere psychiatrie terug te dringen zoals meermaals in 2008 in maatschappelijke discussies naar voren kwam. Het lijkt het erop dat de reguliere/algemene psychiatrie en de forensische psychiatrie zich naast elkaar parallel en complementair verder zullen ontwikkelen. Dit was ondanks dat het beleid hier niet op gericht was ook de afgelopen twintig jaar al zo. Ook de voorgestelde nieuwe wet op de verplichte geestelijke gezondheidszorg zal, ondanks toegenomen mogelijkheden om effectief te interveniëren, deze langjarige tendens naar verwachting niet echt doorbreken. Sinds de commissie Houtman in 2005 een eigenstandige financiering en ook zorgplicht voor de minister van Justitie voorstelde, voorstellen die ook werden geïmplementeerd, heeft de eigenstandigheid van het forensische veld in forse mate vorm gekregen. Het project 'Vernieuwing Forensisch Zorg' van het ministerie van Justitie spreekt over waar mogelijk in de GGZ plaatsen van psychiatrisch zieke gedetineerden. In de algemene GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg blijkt dit te vaak niet mogelijk of zelfs een illusie (zie ook hoofdstuk 3). Krachtige argumenten lijken er dan ook voor een beleidsfilosofie om de zorg die door de strafrechter wordt opgelegd in een forensische instelling (al of niet organisatorisch ingebed in een algemene zorginstelling) te laten plaatsvinden, tenzij een reguliere

instelling voor de patiënt een beter behandelaanbod kan doen. In dat laatste geval zou de forensisch verantwoordelijke toezichthouder zich hier vanuit zijn focus op maatschappelijke veiligheid en recidivepreventie in moeten kunnen vinden. Dit sluit ook aan bij een tegen de beleidsuitgangspunten van de ministeries van VWS en justitie steeds meer gegroeide praktijk.

Het lijkt voor het bewerkstelligen van continuïteit van zorg aansluitend aan detentie zinvol maximaal gebruik te maken van de recent (1-7-08) gecreëerde wettelijke mogelijkheid van het verbinden van voorwaarden aan de vervroegde invrijheidstelling (V.I.), het laatste 1/3 van de onvoorwaardelijke straftijd. Op die wijze kan een strafrechtelijk kader worden gecreëerd voor behandeling onmiddellijk aansluitend aan detentie. Dit enerzijds als oplossing voor de ambivalente motivatie voor vervolgzorg van veel psychisch gestoorde gedetineerden en de daarmee samenhangende wisselende compliance met de behandeling, en anderzijds om via de zorgplicht van de minister van Justitie voor zorg in strafrechtelijk kader, deze zorg via inkoop te realiseren. Zo kunnen de afwerende reflexen van de reguliere zorginstellingen naar ex-gedetineerden, die aansluitende zorg in het verleden vaak niet mogelijk maakte, worden ondervangen.

Overweging verdient een wettelijke verankering om ook het eerste jaar na de detentie of na de voorwaardelijke V.I. voor de ex-gedetineerde een recht te creëren op zorg in een justitieel kader in een forensische instelling. Daarmee wordt dit een verantwoordelijkheid voor de minister van Justitie. In dit eerste jaar valt immers de grootste winst te behalen qua recidivepreventie (Wartna, 2006) en dus qua maatschappelijke veiligheid.

Daarnaast verdient overweging om ook de zorg aan ex-TBS-gestelden per definitie te laten vallen binnen de zorg in justitieel kader. In de huidige regelingen hebben ex-TBS-gestelden na volledige beëindiging van de TBS geen recht meer op forensische zorg en de minister van Justitie ook geen zorgplicht. Het lijkt zinvol dat hulpsignalen van ex-TBS-gestelden onmiddellijk kunnen worden opgepakt door behandelinstanties die maatschappelijke veiligheid als hun kerntaak zien. Zij moeten zich bij terugval en/of problemen echter melden bij de regionale GGZ/verslavingszorg/verstandelijk gehandicaptenzorg. Zij worden daar geconfronteerd met dezelfde wachttijden als andere Nederlanders in de betreffende regio en er is regionaal veelal onvoldoende forensische expertise. Dit bevreemdt temeer omdat de maatschappij deze groep ooit zag als zeer recidivegevaarlijk en enorme bedragen in zorg en begrenzing van deze mensen investeerde.

Afronding

Toenemend worden psychiatrische patiënten met gedragsproblemen en complexere psychopathologie behandeld in penitentiaire inrichtingen en forensische zorginstellingen/afdelingen.

De problematiek van deze patiëntengroepen lijkt beter aan te sluiten bij de vanuit het strafrecht opgelegde behandel kaders en structuur, dan bij de op de autonome hulpvraag van de patiënt gebaseerde zorgconcepten van de reguliere zorg. Eerdere terughoudendheid ten aanzien van behandelen in detentie is verlaten gezien de mogelijkheden voor behandeling en ook gezien de in dit proefschrift onderbouwde kwaliteit van leven in detentie van psychiatrisch zieke gedetineerden. Aansluitende zorg komt moeizaam tot stand, en lukt beter in de forensische dan de reguliere zorginstellingen. Een strafrechtelijk kader voor deze zorg en daarmee een zorgplicht voor de minister van justitie lijkt deze aansluiting sterk te bevorderen.

Daarmee lijkt er een doorzettende ontwikkeling naar een complementaire forensische zorgveld naast de reguliere GGZ/verslavingszorg/verstandelijk gehandicaptenzorg. Hierbij is de algemene zorg gericht op patiënten met een autonome hulpvraag en mogelijk kortdurende vormen van dwang/drang vanuit de (opvolger van) de wet BOPZ. Daarnaast is een forensische behandelsector ontstaan die primair is gericht op de in dit proefschrift besproken problematische patiëntenpopulatie die door de complexiteit van hun problematiek geen afdoende aansluiting kan vinden bij de reguliere zorgstructuren. Mede daardoor kwam deze groep tot strafrechtelijk verwijtbaar grensoverschrijdend gedrag en werd vervolgens door de strafrechter veroordeeld.

Binnen forensische zorginstellingen is naast verbeterd functioneren van deze patiënten recidivepreventie en maatschappelijke veiligheid leidend focus. Het bieden van structuur, begrenzing, indien noodzakelijk bevoogding en waar nodig dwangelementen in de behandeling, is veel meer dan in de algemene psychiatrie de basis van het behandelaanbod. Dit is maatschappelijk gelegitimeerd doordat de strafrechter deze patiënten veroordeelde (straf, maatregel of voorwaardelijk kader) in verband met hun stoornissen samenhangend grensoverschrijdend gedrag/delicten. Door de forensische psychiater of psycholoog is de samenhang van de delictgedragingen en de stoornis voor de strafrechter onderbouwd evenals mogelijke recidiverisico's. In dit proefschrift wordt aangetoond dat de kwaliteit van leven niet vermindert door de benodigde zorg in detentie te laten plaatsvinden, vaak zelfs toeneemt. Dit is een belangrijke overweging om het eerdere beleid om deze patiënten indien mogelijk in de reguliere zorg te behandelen te verlaten. Meer dan voorheen zal binnen de justitiële behandelkaders gestreefd moeten worden naar samenhang, soepele overgangen, terugdringen van onnodig intrusieve vormen van dwang, terugdringen van onnodig lange duur van

plaatsingen (zoals nu soms in de TBS gebeurt), aansluiting bij de stand van de wetenschap en bereidheid tot verantwoording naar de maatschappij. Maar ook zal er veel meer dan in de algemene zorg de mogelijkheid moeten zijn om waar dat geïndiceerd is langdurig binnen begrenzend structuren, bijvoorbeeld gesloten woonvoorzieningen, te verblijven.

De maatschappij zal bereid moeten zijn de economische prijs voor dit soort beveiligende zorgstructuren te betalen om zo zowel de maatschappelijke veiligheid te verhogen als adequate zorg te verlenen aan deze forensisch psychiatrische patiënten die samenhangend met hun stoornissen kwamen tot strafrechtelijk verwijtbaar gedrag. Op termijn zal dit resulteren in meer maatschappelijke veiligheid en adequater functioneren van de forensisch psychiatrische patiëntengroep.

Samenvatting

Dit proefschrift richt zich op verschillende aspecten van de behandeling van gedetineerden met psychiatrische problematiek en de aansluitende zorg na detentie. Hierbij is psychiatrische problematiek breed gedefinieerd als zowel de psychiatrische stoornis, de persoonlijkheidstoornis, de verslavingsproblematiek en de problematiek op het vlak van de verstandelijke beperkingen.

Achtergrond is dat er al lange tijd geconstateerd wordt dat er veel en toenemende psychiatrische problematiek in de Nederlandse gevangenissen is en twijfels of behandeling in die setting mogelijk is. Ook is al veelvuldig geconstateerd dat de aansluitende zorg slecht tot stand komt, waardoor dus niet gesproken kan worden van continuïteit van zorg. Dit leidt dan tot terugval zowel in de zin van toename van de ernst van de stoornis als in de zin van recidive delictgedrag.

In de inleiding wordt deze problematiek uitgewerkt in de probleemstelling en een achttal onderzoeksvragen. Het proefschrift is vervolgens opgebouwd uit een hoofdstuk waarin de ontwikkeling geschetst wordt van het Nederlandse sanctiestelsel, de psychiatrie, de forensische psychiatrie, de psychiatrische zorg in detentie en de problematische aspecten van deze zorg in detentie. Ook wordt in een paragraaf het concept kwaliteit van leven uitgewerkt.

Vervolgens zijn er een vijftal hoofdstukken die de neerslag zijn van één van de vier gepubliceerde en het ingezonden artikel. Deze belichten verschillenden aspecten van de problematiek. Tenslotte is er een hoofdstuk synthese en beschouwing waar de onderzoeksvraag op basis van de literatuur en bevindingen worden beantwoord en aanbevelingen worden gedaan voor beleid en verder onderzoek.

In hoofdstuk twee wordt eerst de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie geschetst. Er wordt geschetst dat er in de loop van de 20^{ste} eeuw toenemend wetenschappelijk onderbouwde effectieve behandelmogelijkheden beschikbaar kwamen, wat de dwingende noodzaak voor een primaire asiel functie voor de psychiatrie deed afnemen. Daarnaast dat het vanaf de 70^{er} jaren onder invloed van het gedachtegoed van de “antipsychiatrie” kwam tot de-institutionalisering, regionalisering en ambulantisering van de psychiatrische zorg en een behandelmodel dat de hulpvraag van de autonome zelfbeschikkende patiënt centraal zette. De laatste vijftien jaar wordt daarbij echter toenemend zichtbaar dat een deel van de psychiatrische patiënten slecht aansluiting kan vinden bij dit model van zorg. Deze patiënten komen tot zwerfgedrag, vervuiling, verloedering en verkommering en regelmatig ook in aanraking met justitie.

Vervolgens wordt de ontwikkeling van het sanctiestelsel en gevangeniswezen in grote lijnen beschreven. Geschetst wordt dat lijfstraffen, de doodstraf en het overlijdensrisico in detentie tot de eerste helft van de 19^{de} eeuw beeldbepalend waren. Door een geleidelijk beperktere strafmaat, de introductie van voorwaardelijke straffen en het toenemend focussen op de dader in plaats van alleen op de daad, ontstond de noodzaak en de visie om de detentiestraffen ook dienstbaar te maken aan de herinpassing van de dader in de maatschappij. Deze “verbetergedachte” met betrekking tot detentie wordt in de verschillende tijdvakken verschillend vormgegeven. In de huidige tijd ligt daarbij de nadruk op het in een strafrechtelijk kader, als maatregel of voorwaardelijke straf, behandelen van aanwezige stoornissen, het geven van trainingen en psychosociale ondersteuning. Doelstelling is daarbij primair het vergroten van de maatschappelijke veiligheid door vermindering van de recidivekans. Ook in detentie wordt psychiatrische problematiek meer dan voorheen behandeld waarbij de doelstelling van symptoomreductie en gezondheidswinst leidend is.

In een volgende paragraaf wordt de ontwikkeling van de forensische psychiatrie geschetst. Deze kwam op als apart veld toen vanaf 1915 voorwaarden tot behandeling konden worden verbonden aan een voorwaardelijke straf waarop de reclassering toezicht ging houden, en vooral met de komst van TBR-inrichtingen vanaf 1928. Sinds het sterk afbouwen van de asiel functie van de reguliere psychiatrie is er een forse groei van de forensische psychiatrie. Sinds 01.01.2007 wordt de toenemende eigenstandigheid met een eigen financiering via de minister van justitie onderstreept. Forensisch psychiatrische behandelingen vinden plaats in zowel eigenstandige klinieken met dependances en poliklinieken, maar ook gaat het om afdelingen en poli's die organisatorisch ingebed zijn in een grotere algemene GGZ-instelling. Kenmerkend voor de forensische behandelinstellingen/afdelingen is, dat het terugdringen van recidiverisico's leidend is en dat dwang of drang via opgelegde strafrechtelijke kaders vrijwel altijd een rol speelt. Veelal houdt de reclassering toezicht op behandelingen in voorwaardelijke strafrechtelijke kaders.

De psychiatrische zorg in detentie reikt in de 19^{de} eeuw niet verder dan de ook toen al aanwezige gestichtstarts. Met de krankzinnigenwet van 1886 kreeg de inspectie voor de geestelijke gezondheidszorg een toezichtfunctie en de mogelijkheid om overplaatsingen naar een “krankzinnigengesticht” te initiëren.

Rond 1900 wordt al melding gemaakt van aparte afdelingen voor psychiatrisch gestoorde gedetineerden, zonder overigens aanvullende voorzieningen. In 1953 komt de eerste districtspsychiater die als consulent beschikbaar is voor een penitentiaire inrichting. Vanaf de 70^{er} jaren worden ook psychologen verbonden aan de inrichtingen

en ontstaan zorgafdelingen in detentie. De laatste tien jaar is er sprake van een redelijk dekkend zorgsysteem met forse aantallen psychologen en psychiaters die verbonden zijn aan de P.I.'s en enkele honderden aangewezen zorgcellen met verschillende niveaus van psychiatrische zorg.

Begin 2009 is gestart met een ontwikkeling om te komen tot vijf penitentiaire psychiatrische zorgcentra met meer gedifferentieerde mogelijkheden voor behandeling en daarnaast meer mogelijkheden voor behandeling buiten de penitentiaire inrichtingen.

De volgende paragraaf schetst de problematische kanten van de zorg in detentie. Het primaat van de tenuitvoerlegging van de straf, de slechte aansluiting op vormen van zorg na einde van de detentie, het afgesloten zijn van het eigen milieu en het weinig gedifferentieerde behandelaanbod binnen de penitentiaire inrichtingen. Anderzijds zijn de mogelijkheden voor diagnostiek, voor supportieve behandeling en medicamenteuze behandeling wel aanwezig. De problematische aspecten worden geschetst aan de hand van een vijftal externe onderzoeksrapporten uit de periode 1981-2007, waarin een duidelijke evolutie van het denken over deze problemen zichtbaar is.

Waar begin 80^{er} jaren gesteld werd dat patiënten uitgeplaatst moesten worden naar de reguliere psychiatrie (ondanks dat die doorplaatsing ook op dat moment al stagneerde), spreken volgende rapporten over een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de GGZ (VWS) en justitie. In de rapporten van 2007 ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg voor psychiatrisch zieke gedetineerden bij het ministerie van justitie, die een zorgplicht voor psychiatrisch zieke gedetineerden en justitiabelen moet vormgeven middels aanwijzingsbevoegdheden en inkoop.

Hoofdstuk drie is het eerste artikel, over schizofrenie in de gevangenis. Deze stoornis komt veel voor in detentie, ongeveer vijf tot zes procent van de gedetineerden (750-1000 patiënten). Het zorgsysteem in detentie wordt beschreven aan de hand van hoe de zorg voor deze gedetineerden is vormgegeven. Beschreven wordt dat het zowel gaat om gedetineerden die al langere tijd bekend zijn met deze stoornis, als gedetineerden waar deze stoornis voor het eerst wordt vastgesteld.

Beschreven wordt ook dat het gaat om een relatief problematische subgroep van de schizofrene patiënten met meer co-morbiditeit, meer drugsmisbruik, minder ziektebesef en ziekte-inzicht, minder steun vanuit hun sociale systeem en minder aansluiting bij de reguliere zorg. Dit komt overeen met beschrijvingen uit buitenlands onderzoek. Detentie blijkt een goede vindplaats voor patiënten met deze stoornis die geen aansluiting vinden bij de reguliere zorg. Door de aanwezige mogelijkheden voor structuur, voor basale psychiatrische zorg, de relatieve afwezigheid van middelen, en de

geboden veiligheid en voorspelbaarheid is detentie een goede basis voor het starten van zorg. Met name stabilisatie van de problematiek, medicamenteuze en supportieve behandeling en basale psycho-educatie zijn goed mogelijk. Moeilijker is het om de familie bij de behandeling te betrekken, specifieke trainingsmodules te bieden en vooral om continuïteit van zorg te bieden door een naadloze aansluitende zorg na beëindiging van de detentie.

Geconcludeerd wordt dat de adequate basale zorg voor gedetineerden met deze stoornis goed vorm te geven is in detentie ondanks de beperkingen van de detentiesituatie. In overweging kan bovendien genomen worden dat een groot deel van de patiëntengroep voorafgaand aan detentie geen of onvoldoende zorg had door een slechte aansluiting op de geboden zorg in de eigen regio. Benadrukt wordt dat de zorg na detentie bij voorkeur wordt overgenomen door de regionale GGZ-instellingen met hun programma's voor psychotische stoornissen. Er bestaan in de praktijk echter veel drempels om tot adequate zorg vanuit deze instellingen te komen, onder andere samenhangend met weerstanden bij deze instellingen voor patiënten met meervoudige problemen en justitiecontacten.

Hoofdstuk vier is de neerslag van een empirisch onderzoek bij 89 gedetineerden naar kwaliteit van leven in een populatie Nederlands gedetineerden met psychiatrische stoornissen. Deze groep is vergeleken met een drietal referentiegroepen waaronder een groep ambulante psychiatrische patiënten. Ook zijn verbanden onderzocht met psychopathologische, penitentiaire, sociale, demografische en juridische factoren. De kwaliteit van leven van de onderzoeksgroep bleek, zoals verwacht, minder dan die van de algemene bevolking en van gedetineerden zonder psychopathologie. Op de meeste punten bleek de kwaliteit van leven op de onderzoeksgroep echter beter dan die van de ambulante psychiatrische patiënten. Dit ondanks dat de psychopathologie van de onderzoeksgroep op klinische gronden als ernstiger werd beoordeeld.

De bekende variantie in kwaliteit van leven bleek grotendeels afhankelijk van de aanwezigheid van de DSM IV As-I of As-II psychopathologie. Dit was ook al gevonden in eerder onderzoek. Opvallend was dat de impact van AS-II pathologie op kwaliteit van leven van een vergelijkbare orde was als As-I pathologie. Op basis van deze bevinding worden vraagtekens gezet bij de vaak geuite relativisering van de impact van As-II stoornissen. Ook de verslaafdengroep had een duidelijk betere kwaliteit van leven in detentie dan in de referentiegroep. De relatief goede kwaliteit van leven van gedetineerden met psychopathologie wordt in verband gebracht met de in detentie de duidelijke structuur en veiligheid, de voorspelbaarheid, somatische stabilisatie, de beschikbaarheid van basale psychiatrische zorg en de lage eisen aan de gedetineerden. Afrondend wordt de aanbeveling gedaan deze kenmerken van de (behandel)setting in

de P.I., meer dan nu het geval is, te implementeren in de reguliere psychiatrische zorg. Daarmee zou deze patiëntengroep beter aansluiting krijgen op de reguliere zorg.

Hoofdstuk vijf gaat over de over- en doorplaatsingsmogelijkheden voor forensisch psychiatrische patiënten tussen justitiële en GGZ-behandelvoorzieningen en tussen de forensische voorzieningen onderling. Achtergrond is dat veel partijen dit grensverkeer als moeizaam en problematisch ervaren. Hiertoe werd gedurende een half jaar de uit- en doorstroom gemonitord van een IBA (zorgafdeling in detentie), een TBS-kliniek, een FPA, een FPK en een Forensisch Psychiatrisch Netwerkoverleg.

De populaties in de verschillende voorzieningen bleken meer onderscheiden dan verwacht. Waar de uitstroom van de IBA, FPA, FPK en TBS-kliniek grotendeels of volledig patiënten met DSM IV As-I problematiek betrof, veelal een psychotische stoornis, bleken de forensische polikliniek en het netwerkoverleg veel meer gericht op een populatie met As-II problematiek en verslavingsproblemen als hoofd diagnoses. Mede daardoor hebben deze ambulante voorzieningen (FPN en forensisch polikliniek) slechts een geringe rol in de uitstroom vanuit de andere voorzieningen. Ook de onderlinge doorstroming tussen de overige voorzieningen was slechts beperkt en werd als onvoldoende ervaren. Alleen als er een strafrechtelijk kader (met name een art. 37/39 Sr. maatregel of een lopende TBS), terugnamegarantie of een financiële tegemoetkoming en voldoende tijd was, kwamen overplaatsingen tot stand. Vaak werd uiteindelijk doorgeplaatst naar een lager dan beoogd zorgniveau, zoals bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang.

Overall kwam naar voren dat er met name een tekort was aan gesloten klinische plaatsen voor langer durende vervolgbehandeling of verblijf.

In hoofdstuk zes worden strafrechtelijke kaders waarbinnen behandeling kan plaatsvinden besproken. Er wordt een forse discrepantie geconstateerd tussen de mogelijkheden van begrenzing en dwang die uitgaat van het kader van TBS met verpleging en alle andere mogelijke kaders waarin behandeling wordt opgelegd door de (straf)rechter. Gepleit wordt voor een meer geleidelijk toenemende mate van dwang en begrenzing. Dit door meer mogelijkheden om enerzijds snel in te grijpen als voorwaarden worden overschreden, anderzijds ook een casus langer durend onder regie van het strafrecht te brengen. Ook ten aanzien van de BOPZ-maatregel wordt de aanbeveling gedaan voor meer externe toetsing om een te vrijblijvende invulling ervan tegen te gaan. Door de andere potentiële behandelkaders dan de TBS met verpleging te verstevigen, waarvoor aanbevelingen worden gedaan, zou het minder vaak nodig zijn om de maatregel TBS met verpleging op te leggen. Impliciet betekent dit dat er ook een

daling zou plaatsvinden van TBS-waardige delicten, en daarmee een toename van de maatschappelijke veiligheid.

In hoofdstuk zeven wordt het spanningsveld besproken tussen behandelingen in detentie gericht op symptoomreductie en herstel van de stoornis, en behandelingen gericht op recidivepreventie van nieuwe delicten. Er wordt vastgesteld dat deze doelstellingen elkaar niet uitsluiten maar op een continuüm zitten waarbij er meer sprake is van een primaat van de een of van de ander. De huidige zorg in detentie is gericht op symptoomreductie en herstel. Achtergrond van pleidooien voor een grote gerichtheid op recidivepreventie zijn de hoge prevalentiecijfers voor psychopathologie in detentie, 65% in mijn onderzoek zonder meenemen van verslaving, en de hoge recidivecijfers voor nieuwe delicten.

De uitkomsten van interventieprogramma's voor verslaafden, psychotische patiënten, seksuele delictplegers en gedetineerden met agressieregulatieproblematiek worden besproken. Dit betreft echter veelal buitenlands onderzoek dat in wisselende settingen, in en buiten detentie, werd verricht. De interventies lijken een (bescheiden) bijdrage te kunnen leveren aan recidivepreventie, met name de interventies gericht op de verslavingsproblematiek.

Gedagsbeïnvloedende interventies hebben gezondheidsrechtelijk de WBGO als kader en kunnen in detentie dus niet dwingend worden opgelegd. Indicatiestelling en motivering voor deze interventies is niet mogelijk met de omvang van het huidige “zorgsysteem” in de penitentiaire inrichtingen.

Indien een beroep gedaan wordt op behandelaren uit de forensische GGZ dient de regie over de totale diagnostiek en behandeling goed uitgewerkt te worden waarbij taken en verantwoordelijkheden helder dienen te zijn afgebakend. Geconcludeerd wordt dat verwachtingen ten aanzien van dit soort interventies in detentie, ook al door de korte gemiddelde detentieduur van vier maanden, gematigd moeten zijn.

In het afrondende hoofdstuk Synthese en beschouwing wordt na samenvatting van de bevindingen nogmaals vastgesteld dat er een subgroep psychiatrische patiënten is, veelal gekenmerkt door vormen van comorbiditeit, gedragsproblemen en/of drugsgebruik, die geen aansluiting vinden bij het vigerende zorgmodel van de reguliere zorg. Mede hierdoor komt deze patiëntengroep tot strafrechtelijk verwijtbaar gedrag en komt in detentie en bij de forensische/justitiële zorginstellingen. Toenemend is daardoor een penitentiair psychiatrisch zorgsysteem gegroeid en daarnaast een complementaire forensische GGZ. Dit tegen de bestaande beleidsvisie en beleidslijnen in. Deze justitiële zorgstructuren worden gekenmerkt door een grotere nadruk op structuur en begrenzing, meer drang- en dwangelementen en een focus op

maatschappelijke veiligheid. Vormen van dwang- en drangtoepassing hebben hun legitimatie in door de strafrechter opgelegde behandelkaders.

De recente verbreding van het concept forensisch psychiatrische patiënt van niet alleen zij die in een TBS-kliniek of FPK behandeld worden naar alle patiënten die in een strafrechtelijk kader behandeld worden, inclusief de behandelingen in detentie, is een belangrijk overbruggend concept en richtinggevend voor de inzet van interventies.

Hiermee wordt zowel recht gedaan aan de zorgbehoefte van de betreffende patiënten/justitiabelen als aan de afbreuk aan de maatschappelijke veiligheid die van deze patiënten uitgaat. Het is wenselijk dat ook beleidsmatig meer nadrukkelijk in te zetten op uitbouw van deze forensische psychiatrie. Dit betekent dat de reguliere psychiatrische/verslaving/verstandelijk gehandicaptenzorg de doelgroep heeft die zelf in voldoende mate een hulpvraag formuleert en alleen episodisch kortdurende vormen van dwangtoepassingen nodig heeft. De doelgroep van de forensische psychiatrie zijn de patiëntengroepen die bij de reguliere zorg geen aansluiting vinden en langere en/of frequentere episoden van dwangtoepassing behoeven.

Behandelen in detentie blijkt goed mogelijk. Ook doet dit geen afbreuk aan de kwaliteit van leven van psychiatrisch zieke gedetineerden zodat deze beide overwegingen niet leidend hoeven te zijn bij de beslissing tot al dan niet uitplaatsen uit detentie. Er is in de literatuur zelfs enige evidentie dat behandeling in forensische kaders effectiever is door het focus op het probleemgedrag.

Voor de aan detentie of aan opgelegde forensische behandeling aansluitende zorg zal zowel in de GGZ, de Verslavingszorg als de Verstandelijk gehandicapten zorg het aantal plaatsen voor gesloten gestructureerde verblijf en langer durende behandeling moeten worden uitgebreid. Waar nodig zullen de civiel - en strafrechtelijke behandelkaders moeten worden aangepast om langer durende begrenzendende zorg voor deze doelgroep mogelijk te maken.

Dit soort beveiligende zorgstructuren zullen zich op termijn uitbetalen in meer maatschappelijke veiligheid en verbeterd functioneren van de forensisch psychiatrische patiëntengroep.

Summary

This thesis focuses on different aspects of the treatment of prisoners with psychiatric problems and the subsequent care following detention. In this thesis the term psychiatric problems is broadly defined as including psychiatric disorders, addictive disorders, personality disorders and mental disabilities.

It has long been noted that there are increasingly more psychiatric problems in the Dutch prisons and doubts about whether treatment is possible in that setting.

In addition it has been extensively established that after release from prison the mental health care service fails to provide subsequent care, resulting in a lack of continuation of care. This leads to relapses both in terms of an increase in the severity of the disorder as in repeated criminal behaviour.

In the introduction this problem is elaborated in eight research questions. The thesis then continues with a chapter which outlines the development of the Dutch psychiatric system, the sanction – and prison system, the forensic psychiatry, the care in detention and problematic aspects of psychiatric care in detention. Also, there is a paragraph on the concept of quality of life.

Subsequently there are five chapters which each are based on one of the four published and the submitted article. Each chapter highlights different aspects of the problem. Finally, in the chapter synthesis and consideration the research questions are answered based on the literature and findings, and recommendations are made for policy and further research.

In chapter two first the development of general psychiatry in the Netherlands is outlined. There will be explained that in the course of the 20th century increasingly scientifically proven effective treatment became available, which reduced the acute need for psychiatric internment. In addition from the 1970's, under the influence of the ideas of the 'anti-psychiatry' movement, deinstitutionalization, more outpatient care, regionalization of psychiatric care and a treatment model with the autonomous patient at its centre became the norm. The last fifteen years however, it became increasingly apparent that some of the psychiatric patients do not fit in this model of care. These patients often live on the streets, in squalor and come regularly in contact with the legal authorities.

Then the development of the penal system and prison system is described. It is outlined that corporal punishment, capital punishment and death in detention were typical images until the first half of the 19th century. The gradually reduced penalties, the introduction of suspended sentences and the increasing focus on the offender rather than just the offence

created the need and vision to make prison sentences also serve to reinstate the offender into society. This “improvement idea” with regard to detention is differently shaped in different periods. In current times there is an emphasis on treating existing disorders, providing training and psychological support in the context of a hospital order or as a condition to a suspended sentence. The primary objective is to increase the public safety by reducing the risk of recidivism. Psychiatric problems while in detention are more treated than before, with the goal of symptom reduction and increased mental health.

In the next section the development of forensic psychiatry is outlined. This started from 1915 when conditions of treatment could be attached to a suspended sentence and with the advent of treatment facilities as a result of the measure of detention under hospital order (TBR) in 1928. This was the start of a separate forensic psychiatric care system. There is a major growth of forensic psychiatry since the reduction of the asylum function of the general psychiatry. Since 01-01-2007 there is a separate funding for the forensic psychiatry through the Dutch Ministry of Justice. Forensic psychiatric treatment institutions are both independent clinics with dependences and policlinics, as well as clinics embedded in a larger regional mental health care institutions. Typical of the forensic treatment institutions/wards/policlinics is that reducing recidivism is their primary focus and that coercion or pressure related to the criminal frameworks almost always play a role. Mostly, the probation supervisors oversee treatment when part of a suspended sentence.

In the 19th century the psychiatric care in detention did not go beyond the presence of a prison physician. With the law on the mentally insane of 1886 the mental health authority received a monitoring role and the authority to transfer patients to a lunatic asylum. Around 1900 separate wings in prison for psychiatric detainees already existed, although without additional facilities. 1953 noted the arrival of the first justice consultant psychiatrist who was available for a correctional facility. From the 1970's psychologists were also associated with the prisons and there came care wards in the detention centres. The last decade has seen a fairly good coverage in the prison care system with larger numbers of psychologists and psychiatrist associated with the prisons and some hundreds of designated care cells with different levels of psychiatric care.

Beginning of 2009 a policy started to come to five penitentiary psychiatric centers in the Dutch prison system with more differentiated forms of treatment and also more possibilities for psychiatric treatment of inmates outside the penitentiary.

The next section depicts the problematic side of the psychiatric care in detention. The primacy of the execution of the punishment, the insufficient connection to forms of

subsequent care after detention, the detainees' seclusion from their social system and the limited differentiation of the treatment possibilities in the penitentiaries. On the other hand the possibilities for diagnostics, for supportive treatment and pharmacotherapy treatment are present and of good quality. The problematic aspects are outlined on the basis of five external reports from the period 1981-2007. These reports show a clear evolution in the analysis of the problems. Where in the beginning of the eighties the analysis was that patients had to be transferred to general psychiatry (despite the stagnation problems at the time), following reports depict a joint responsibility of the healthcare and justice fields. The last reports of 2007 place the responsibility for the care of psychiatric ill inmates with the ministry of justice with a obligation to provide care for the ministry, which it can fulfill itself or can purchase from mental healthcare institutions.

Chapter three, the first article, is on schizophrenia in prison. The prevalence of this disorder in detention is five to six percent, in the Netherlands 750-1000 detainees. The organization of the care in detention for these patients is depicted. It deals both with detainees that are already known with the disorder and detainees by whom the disorder is diagnosed during the detention period.

The subgroup of Schizophrenic patients in detention is characterized as relatively problematic with more co morbidity, more drugs abuse, less insight/awareness in the sickness, less support from their social system, more co morbid personality disorder and less contact with the regular healthcare system outside of prison.

Detention seems a good finding spot for patients with this disorder that are not in care in the regular care system. Because of the possibility prison provides for offering structure, basic psychiatric care, the relative absence of drugs, the safety and predictability there is a good basis for starting treatment.

In particular stabilization of the disorder, pharmacotherapy, supportive treatment and basic psycho-education can be done. More difficult is to engage the family in the treatment, to offer specific treatment modules and the biggest problem is to ensure continuity of care at the end of detention. It is concluded that adequate basic treatment for detainees with schizophrenia can be realized despite the limitations of the detention setting.

A special consideration thereby is that a relative large part of this patient group had no or inadequate care before detention because of a lack of fit with the care system in their region. Emphasized is that psychiatric care after detention preferably is taken over by regional mental health care(GGZ) institutions because of their differentiated programs for this disorder. In practice however there seem many barriers for adequate care from these regional institutions, such as. resistance within these institutions to patients with complex disorders and a criminal record.

Chapter four, the second article, is the culmination of an empirical study of eighty-nine detainees with psychiatric disorders into their quality of life. This group is compared to three reference groups including a psychiatric outpatient group. Also relationships were investigated with psychopathological, penitentiary, social, demographic and judicial factors. As expected the quality of life of the study group was less than in the Dutch general population and also less than that of the detainees without psychopathology. On most of the domains of the quality of life construct the study group however scored better than the psychiatric outpatient group. This despite the fact that the psychopathology in the study group was judged as more severe.

The known variance in Quality of life appeared largely dependent on the presence or absence of the DSM-IV Axis-I or Axis-II psychopathology. This was also found in previous studies. Remarkable was that the impact of Axis-II pathology on quality of life was of a similar order as Axis-I pathology. Based on these findings question marks have been placed on the often expressed ideas over the relatively limited impact of Axis II disorders. Also the addicted group had a significantly better quality of life in prison than the outpatient reference group. The relatively good quality of life for detainees with psychopathology is assumed to be linked to the clear structure and safety, predictability, somatic stabilisation, the availability of basic psychiatric care and the low demands on the detainees during detention. Finally, it's recommended to implement these characteristics of the (treatment) regimen in the prisons also in the regular psychiatric care. Aim thereby is that these problematic patient groups also can be treated in regular care.

Chapter Five, the third article, deals with the transfer and placement of forensic psychiatric patients from justice facilities to mental health treatment facilities, and between the forensic facilities. Background is that many parties experience these transfers as difficult and problematic. The transfer and placement was monitored in an IBA (care wing in detention), a TBS clinic (detention under hospital order), a forensic psychiatric ward (FPA), a forensic psychiatric clinic (FPK) and Network Forensic Psychiatric Consultations (FPN) during six months.

The populations in the various institutions were more distinct than expected. Where the outflow of the various forensic psychiatric wards and clinics mostly or entirely involved patients with DSM-IV Axis-I disorders, often a psychotic disorder, the forensic outpatient and the network consultation had a population with Axis-II disorders and addiction problems as main diagnosis. Partly therefore, these outpatient services (policlinic and forensic network) play only a minor role in the outflow from the other facilities. Also the flow between the other facilities was limited and was considered unsatisfactory. Transfers were only implemented if a court order for treatment was imposed (especially a 37/39 measure, or a current TBS measure), with the possibility to return the patient, extra

financial support and sufficient time. Often patients were eventually moved to a lower than intended care level, such as a social programs and shelters. The overall picture showed a shortage of places especially for the long-term clinical follow-up treatment in closed wards.

In chapter six, the fourth article, judicial frameworks for treatment in the Netherlands are discussed. A significant discrepancy was found between the possibilities to restrict and coerce within the framework of a hospital order (TBS) and all other possible frameworks in which treatment is imposed by the (criminal) courts. There will be argued for a more gradual increase in degree of constraint and restriction. This can be achieved by creating more opportunities to intervene quickly as conditions are violated or by extending a judicial framework. Also with regard to the civil Mental Health Act concerning compulsory admission (BOPZ) it is recommended to use more external review to avoid a too liberal interpretation. Recommendations are done to strengthen potential legal treatment frames other than the measure of detention under hospital order (TBS), so it would be less often necessary to use this very restrictive and expensive judicial framework. In the end this would also mean a reduction of very serious offenses by psychiatric patients and thus an increase in societal security.

In chapter seven, the fifth article, the tension will be discussed between treatments in detention aimed at symptom reduction and recovery and treatments aimed at preventing recidivism. It is noted that these objectives are not mutually exclusive but exist on a continuum with a degree of primacy of one or the other. The current care in detention is aimed at the symptom reduction and recovery. Background of calls for a larger focus on recidivism prevention are the high prevalence rates of psychopathology in detention, 65% in my research even without taking addiction into account, and the high recidivism rates for new offences. The results of intervention programs for addicts, psychotic patients, sexual offenders and prisoners with aggression control problems are discussed. This however involves much foreign research carried out in various settings, in and outside prison. The interventions seem to make a (modest) contribution to relapse prevention. Behavioural interventions in detention have Dutch health law (WGBO) as a framework and may not be used mandatory. Assessment and motivating for these interventions is not possible with the current size of the care system in the prisons.

If professionals from the forensic mental health institutions are called in, it should be well defined who has the final say about overall diagnosis and treatment and the duties and responsibilities of everyone involved should be clearly outlined. The chapter ends with the conclusion that expectations about the effect of these types of interventions in detention should be moderate, among other reasons because of the short average detention period of four months.

In the final chapter, synthesis and consideration, with a summary of the findings once again it is established that there is a subgroup of psychiatric patients, often characterised by forms of co-morbidity, behavioural problems and/ or drug use, which does not fit with the current model of the regular care system. Partly due to this, this patient group shows criminal behaviour and comes into detention and in the forensic judicial institutions. This has led to a growth in prison psychiatric care and next to it a complementary forensic mental health care system. This has occurred against the existing policy and guidelines. This forensic care system is characterised by a greater emphasis on structure and boundaries, more pressure - and coercive elements and focus on societal security. Forms of coercion and pressure are legitimised by the treatment frameworks which are imposed by the criminal courts. The recent widening of the concept of forensic psychiatric patients, as to include not just those patients with a measure of detention under hospital order but all patients treated in a criminal context including the treatment in detention. This is an important bridging concept and guideline for the use of interventions. In this way the care needs of the patients are met as well as the need to maintain societal safety. It therefore seems a good policy to continue this development of the forensic psychiatry. This means that the regular psychiatry/ addict care/ mentally disabled care treats the patients with an autonomous demand for care and only episodic needs for short term forms of coercion. The forensic psychiatric care system treats the patient groups without an (enduring) demand for the needed care.

Treatment in detention appears possible and does not affect the quality of life of psychiatrically ill prisoners in a negative way, so that a psychiatric disorder does not necessarily have to lead to a decision that outplacement is needed. In the literature there even is some evidence that treatment in forensic frameworks is more effective for this group because of the focus on the problem behaviour.

For the subsequent care outside prison and outside the forensic psychiatric care services, the number of places in closed structured wards and long care facilities within the regular mental health care system, addiction care and mental disability care should be increased. Where necessary the civil and criminal treatment frameworks should be adapted to the long term care needs for this target group. This type of secured care structures will pay out in the future through improving societal safety and the improved functioning of the forensic psychiatric patient group.

Literatuuroverzicht 'Inleiding en achtergronden' en 'Synthese en beschouwing'

Andersen H.S. (2004) Mental Health in Prison Populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110, (424) 5-59.

Beleidsplan Samenleving en criminaliteit, ministerie van Justitie, 1985

Blaauw E., Roesch R. en Kerkhof. A. (2000) Mental disorders in European prison systems. *International Journal of Law and Psychiatry*. 23, 649-663.

Blaauw E., Roozen H.G. en Marle van H. (2007) Saved by structure? The course of psychologies within a prison population. *International Journal of Prisoner Health* 3, (4) 248-256.

Bulten B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*, Amsterdam: Vrije Universiteit.

Bulten B.H.(2001) To mad to handle, gedetineerden op de LAA en EBR. Sancties 2001/2

Bulten B.H., H.A. de Jonge en Knol A.W. (2003), Behandeling in penitentiair perspectief. In: T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen, red. *Actuele ontwikkelingen in de psychiatrie*. Deventer: Kluwer.

Bulten B.H. en Van Kordelaar W.F.J.M. (2005). 'Zorg in detentie' in E.R. Muller en P.C. Vegter (red.), *Detentie, Gevangen in Nederland*. Kluwer, Alphen aan den Rijn, p. 427-458.

Bulten B.H., Vissers A. en Oei T.I. (2008). A theoretical framework for goal directed care within the prison system. *Mental Health Review Journal*, 13, 40-50.

Canton W.J. (2004). *Gerapporteerd en dan: een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro Justitia is gerapporteerd*. Universiteit Amsterdam 2004.

Daniels D. (2006). Behandeling in detentie anno 2006: van binnen naar buiten, van gevangeniswezen tot de nieuwe inrichting. In: *Capita Selecta van de Forensische psychiatrie anno 2006*, red. T.I. Oei en M.S. Groenhuijsen, 643-665, Deventer: Kluwer.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2006). *Eindverslag werkgroep doelgroepen analyse in de Penitentiaire inrichtingen, de TBS-sector en het Jeugdveld*. Den Haag. Ministerie van Justitie.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2001), *Zorg om zorg. Een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden*. Den Haag, Ministerie van Justitie.

Fazel S. J. en Danesh J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359, 545-550.

Franke H., *Twee eeuwen gevangen. Misdaad en straf in Nederland*, Universiteit van Amsterdam, 1990.

Fijnaut C.J.C.F. (2003). De vroegste pleidooien voor psychiatrisering van het gevangeniswezen. In: *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*, red. T.I. Oei en M.S. Groenhuizen, 21-38. Deventer: Kluwer.

Gons E. (2000), *Historische notitie forensische psychiatrie*, Nijmegen, afstudeerscriptie.

Foucault M. (1975), *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Parijs.

Gezondheidsraad (2004), *Noodgedwongen: zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Heijden Th. P. van der en Tilburg W. van (2009). Drie jaar erkenningscommissie gedragsinterventies justitie, *Sancties*, 2, 71-81.

Hodgins S. en R. Müller-Isberner red. (2000), *Violence, crime and mentally disordered offenders. Concepts and methods for effective treatment and prevention*.

Hofstee E.J. (1987). TBR en TBS. De TBR in rechtshistorisch perspectief, Gouda Quint.

Interdepartementale werkgroep 2005 (commissie-Houtman), *Besturing en financiering van zorg in een Justitieel kader*, Den Haag.

Kappelhof H.C.M. (1992). Reinier van Arkel 1442-1992, *De Geschiedenis van het oudste psychiatrisch ziekenhuis van Nederland*. Uitgegeven in beheer van het psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Ark.

Koenraadt F., Kelk, C. en Vijselaar J. (2007). *Tussen behandeling en straf: rechtsbescherming en veiligheid in de 20^e eeuw*. Kluwer.

Koenraadt F.(1999). Historische reflecties over psychiatrie en recht. In: *De psychiatrie in het Nederlands recht* 11-26. Deventer.

Kordelaar W.F. van (2003). *Beslissingsondersteuning onderzoek geestvermogens in het strafrecht voor volwassenen*. Deventer: Kluwer.

Lamb H.R. en Weinberger L.E.(2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *Journal of the Academy of psychiatry and Law*, 33, 529-534.

Lucier, J. (2006). *Inzicht in het staats toezicht op de geestelijke Gezondheidszorg*. Nijmegen.

Marle H. J.C. van (2007) Mental health care in prison: How to manage our care. *International Journal of Prisoner Health* 3, (2) 115-123.

Marle H.J.C. van (2006). Forensische zorg en forensische psychiatrie, *Sancties* 2006, 149-160.

Marle H.J.C. van en Esch C.M. van (red.) (1998). *Werk in uitvoering. Penitentiaire forensische psychiatrie*, Deventer, Gouda Quint.

Masthoff E. en Trompenaars A. (2006). *Quality of life in psychiatric Outpatients*, proefschrift, universiteit Tilburg.

Mevis P.A.M. (2006). *Gevangeniswezen, TBS en GGZ: 'Goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst. Delikt en Delinkwent* (7/50), 719-733.

Mertens J. (1993), Gestoorte criminelen, delinquente patiënten. *Sancties*, (1), 8-20.

Meyer J. (2006). *Circuitvorming in de forensische psychiatrie*, Expertise centrum Forensische Psychiatrie.

Ministerie van Justitie (2001). *Zorg om zorg. Een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag .

Ministerie van Justitie (2006). *Inventarisatie bijzondere groepen gevangeniswezen en werkgroep doelgroepenanalyse*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag.

Ministerie van Justitie (2006). *Van Basiszorg naar Penitentiaire Zorg*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991) *Advies forensische psychiatrie en haar raakvlakken*, Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer.

Oei T.I.(2001), De forensische psychiatrie als dubbeldiscipline, *Proces*, 80, 17-20.

Panhuis P.J.A. van (1997). *De psychotische patiënt in de TBS*, academisch proefschrift, Leiden.

Parlementaire enquêtecommissie tbs (commissie Visser) (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*, Rapport van het parlementair onderzoek TBS, TK 2005-2006 30250, nrs. 4-5, Den Haag.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*. SWP, Amsterdam.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Tussen zorgen en begrenzen, over de aanpak van delictplegers met psychiatrische problemen*, Den Haag.

Raad voor de strafrechttoepassing en jeugdbescherming (2007). *De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving*. Den Haag

Raes B.C.M. (2008). 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50, 71-75.

Rapport werkgroep ministerie van Justitie(1995). *Zorg ingesloten, de organisatie van de medische zorg in de penitentiaire inrichtingen van het gevangeniswezen*. Den Haag.

Rapport van de commissie psychiatrische/therapeutische voorzieningen gevangeniswezen (1983), SDU, 's-Gravenhage

Reed J. (2003) Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry* 182, 287-288.

Szasz T. (1961). *The myth of Mental Illness*. Hoeber en Harper, New York

Schoenmaker C. en Zessen G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden*, Utrecht, Trimbos instituut.

Shorter E. (1997). *The History of Psychiatry*, John Wiley & sons Inc. New York USA

Vegter P.C. (2005). *Detentie: gevangen in Nederland..* Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Vegter P.C. (1999). *Behandelen in de gevangenis*. Deventer: Gouda Quint.

Visser A., Veldhuizen van, J.R., Koerselman G.F. (2008). Psychiatrische zorg in het gevang kan beter. *Maaandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 689-703.

Vliet J.A. van (2006). *De tbs in zijn maatschappelijke context: de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. Tilburg: Wolf Legal Publishers.

Walker en Gudjonsson (2000) The Lancashire Quality of Life Profile: data and experiences with 58 detained mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10(2), 123-135.

Wartna B., Kalidien S., Tollenaar N., Essers A. (2006). Strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden. Uitstroomperiode 1996-2003. *WODC recidive studies, Fact sheet*, 2006-6.

Werf B. van der, (2003), Over de grens gezet, gedragsgestoorde psychiatrische patiënten in gevangenschap. *Psychopraxis* 5-6, 247-251.

Wilson S., (2004), The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*, 184, 5-7.

Bijlagen

- Afkortingenlijst
- *WHOQOL-bref*
- Vragenlijst penitenciaire, sociale en juridische factoren
- Trefwoordenregister
- Personenregister
- Curriculum Vitae auteur
- Stellingen

Afkortingenlijst

ACT	Assertive Community Treatment
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BIBA	Beheers en Individuele Begeleiding Afdeling
BZA	Bijzondere Zorg Afdeling
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen
DSM-IV	Diagnostic Statistic Manual 4e editie
FOBA	Forensische Opname en Begeleiding Afdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
FPK	Forensisch Psychiatrische kliniek
FSU	Forensische Schakel Unit
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
IBA	Individuele Begeleiding Afdeling
Jl	Justitiële Inrichting
MGV	Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OM	Openbaar Ministerie
PBC	Pieter Baan Centrum
PBW	Penitenciaire Beginselen Wet
PI	Penitenciaire Inrichting
PMO	Psycho Medisch Overleg
PSC	Penitentiair Selectie Instituut
RIAGG	Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg
QOL	Quality of Life
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
RSJ	Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
TBS	Ter Beschikking Stelling
VBA	Verslaving Begeleiding Afdeling

VGZ	Verstandelijk Gehandicapten Zorg
VI	Voorwaardelijke Invrijheidstelling
WHO	World Health Organisation
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life (-bref abbreviated version)

WHOQOL-bref World Health Organisation Quality of Life- abbreviated version

Instructies

Wij vragen u om in deze vragenlijst aan te geven wat u vindt van uw kwaliteit van leven, gezondheid en andere levensgebieden. **Beantwoordt alstublieft alle vragen.**

Als u onzeker bent over het antwoord dat u wilt geven op een vraag, kies dan het antwoord dat het meest toepasselijk lijkt. Dit kan vaak uw eerste reactie zijn.

Houd uw normen, hoop, genoegens en zorgen in gedachten. We vragen u te denken aan uw leven in de **afgelopen twee weken**. Bijvoorbeeld, denkend aan de laatste twee weken, zou een vraag kunnen luiden:

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	1	2	3	4	5

U moet het cijfer omcirkelen dat het beste past bij de hoeveelheid steun die u de afgelopen twee weken van anderen heeft gekregen. Dus u zou het cijfer 4 omcirkelen, als u veel steun van anderen heeft gekregen, op de volgende manier.

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	1	2	3	4	5

U moet het cijfer 1 omcirkelen als u van anderen helemaal niet de steun heeft gekregen waar u behoefte aan had in de afgelopen twee weken.

Leest u alstublieft elke vraag, ga uw gevoelens na en omcirkel elke voor vraag het cijfer van de schaal dat het beste bij u past.

WHOQOL-Bref

		Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
1(G1)	Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten?	1	2	3	4	5

		Erg ontevreden	Ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Content	Erg tevreden
2(G4)	Hoe tevreden bent u met uw gezondheid?	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT U GEVRAAGD IN WELEK MATE (HOEVEEL) U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BEPAALDE DINGEN HEBT ERVAREN

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
3(F1.4)	In welke mate vindt u dat pijn u afhoudt van wat u moet doen?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Hoeveel behoefte hebt u aan medische	1	2	3	4	5

	behandeling om in uw dagelijks leven te kunnen functioneren?					
5(F4.1)	Hoeveel geniet u van het leven?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	In welke mate voelt u dat uw leven betekenisvol is?	1	2	3	4	5

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
7(F5.3)	Hoe goed kunt u zich concentreren?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Hoe veilig voelt u zich in het dagelijkse leven?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Hoe gezond is uw omgeving?	1	2	3	4	5
10(F2.1)	Hebt u genoeg energie voor het leven van alledag?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Kunt u uw lichamelijke uiterlijk accepteren?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Hoe beschikbaar voor u is de informatie, die u nodig hebt in uw dagelijkse leven?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Hebt u mogelijkheden tot recreatie?	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT U GEVRAAGD NAAR HOE TEVREDEN OF ONTEVREDEN U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BENT GEWEEST MET DE VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN UW LEVEN.

		Erg ontevreden	Ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Content	Erg tevreden
15(F3.3)	Hoe tevreden bent u met uw slaap?	1	2	3	4	5
16(F10.3)	Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten?	1	2	3	4	5
17(F12.4)	Bent u tevreden met uw werkvermogen?	1	2	3	4	5
18(F6.3)	Bent u tevreden met uzelf?	1	2	3	4	5
19(F13.3)	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?	1	2	3	4	5
20(F15.3)	In welke mate bent u tevreden met uw seksuele leven?	1	2	3	4	5
21(F14.4)	Hoe tevreden bent u met de steun die u krijgt van uw vrienden?	1	2	3	4	5
22(F17.3)	Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?	1	2	3	4	5
23(F19.3)	Hoe tevreden bent u met uw toegang tot gezondheidsdiensten?	1	2	3	4	5

		Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
25(F9.1)	Hoe goed kunt u zich verplaatsen?	1	2	3	4	5

DE VOLGENDE VRAAG VERWIJST NAAR HOE VAAK U BEPAALDE DINGEN
HEBT GEVOELD OF ERVAREN, BIJVOORBEELD DE STEUN VAN UW FAMILIE
OF VRIENDEN OF NEGATIEVE ERVARINGEN, ZOALS ZICH ONVEILIG VOELLEN.

		Nooit	Zelden	Zo nu en dan	Redelijk vaak	Altijd
26(F8.1)	Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens, zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie? tevreden bent u met uw gezondheid?	1	2	3	4	5

Vragenlijst en scoringsformulier penitenciaire, sociale juridische en somatische factoren voor het kwaliteit van leven onderzoek

1. AS-I pathologie (onderzoeker).
2. AS-II pathologie (onderzoeker).
3. Drugs/alcohol (onderzoeker).
4. Heeft u een lichamelijke ziekte? Gebruikt u daarvoor medicijnen ?
5. Heeft u schulden? Zo ja, hoe groot zijn uw schulden en hoe groot waren uw inkomsten de laatste drie maanden vóór detentie per maand?
6. Wat is de door u verwachte totale duur van uw detentie?
7. Met hoeveel mensen buiten ervaart u een band?
8. Welke schoolopleiding heeft u afgerond met een diploma of welke (deel)certificaten heeft u via school of een baan?
9. Heeft u het laatste jaar vóór detentie gewerkt of actief een opleiding gevolgd?
10. Heeft u huisvesting voor na detentie en zo ja, is dit vaste huisvesting?
11. Heeft u een vaste partner? Zo nee, had u de laatste twee jaar vóór detentie een partner en hoe lang?
12. Hoe groot is uw gezin van herkomst ((half)broers/zussen, ouders) en met hoeveel van hen heeft u nog minimaal twee keer per jaar telefonisch of feitelijk contact?
13. Was er in uw tienertijd/puberteit(tot 18) sprake van probleem gedrag in de thuis -, school -, of werksituatie?

Scoringsformulier onderzochte variabelen

As I pathologie(klinisch ,niet misbruik/afhankelijkheid) 0 - 1 - 2

0: afwezig 1: aanpassingsstoornis, minor depression,
onttrekkingbeelden 2:overige AS-I classificatie

AS II (Scid II/klinisch) 0 - 1 - 2

0: geen diagnose 1: uitgestelde diagnose 2:diagnose

drugs/alcohol(DSM) 0 - 1 - 2

0: niet/gebruik 1: misbruik 2: afhankelijkheid

lichamelijke gezondheid 0 - 1 - 2

0: goed 1: ziekte volgens ICD10 die momenteel geen klachten of beperkingen
geeft 2: ziekte volgens ICD10 die klachten geeft of medicijngebruik vereist

schulden in relatie tot maandinkomen buiten(geen hypotheek) 0 - 1 - 2

0: afwezig 1: ≤ 3 maandinkomens 2: > 3 maandinkomens

Door betrokkene verwachte totale duur detentie 0 - 1 - 2

0: < 2 mnd. 1: 2 t/m 5 mnd. 2: > 5 mnd

Grote netwerk buiten 0 - 1 - 2

0: netwerk > 5 pers. 1: netwerk 3 t/m 5 pers. 2: netwerk < 3 pers.

schooldiploma/arbeidsmarktkwalificatie 0 - 1 - 2

0: ≥ diploma VMBO 1: alleen bedrijfscertificaten 2: <VMBO (geen, L.S.)

laatste jaar vóór detentie gewerkt of in opleiding 0 - 1 - 2

0: > 6 mnd gewerkt 1: 2 t/m 6 mnd 2: < 2 mnd

huisvesting na detentie 0 - 1 - 2

0: aanwezig 1: tijdelijk logeeradres/opvang 2: afwezig/onduidelijk

partner 0 - 1 - 2

0: partner actueel aanwezig (onafhankelijk duur relatie)

1: laatste 2 jr \geq 3 mnd partner gehad 2: laatste 2 jr < 3 mnd. partner gehad

contact met gezin van herkomst (deel in Nederland, in leven) 0 - 1 - 2

0: contact met meeste leden stamgezin 1: met deel stamgezin

2: geen contact (verbroken)

gedragsproblematiek in de adolescentie 0 - 1 - 2

0:afwezig 1:beperkte mate (aanwijzingen voor gedragsproblemen zonder dat aan criterium voor 2 is voldaan) 2:objectieve maten aanwezig (bijv. van school gestuurd, speciaal onderwijs wegens gedragsproblemen, plaatsing in internaat, OTS, etc.)

GAF-schaal

Beoordeel het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren volgens een hypothetisch continuüm van geestelijke gezondheid naar psychische stoornis. Reken hier niet de beperkingen in functioneren toe die het gevolg zijn van lichamelijke (of omgevings-)factoren.

Code (N.B.: Gebruik indien nodig tussenliggende codes, bijvoorbeeld 45, 68, 72.)

- 100 Uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten
Levensproblemen lijken nooit uit de hand te lopen, men komt naar hem/haar toe vanwege
- 91 de vele positieve kwaliteiten. Geen symptomen
- 90 Geen of minimale verschijnselen (bijvoorbeeld lichte examenvrees), goed functioneren op
alle terreinen, belangstellend en betrokken bij een grote reeks activiteiten, effectieve
sociale vaardigheden, in het algemeen tevreden met het bestaan, niet meer dan alledaagse
- 81 problemen of zorgen. (bijvoorbeeld slechts af en toe ruzie met gezins- of familieleden)
- 80 Indien verschijnselen aanwezig, dan zijn dit voorbijgaande en te verwachten reacties op
psychosociale stressveroorzakende factoren (bijvoorbeeld concentratieproblemen na een
familieruzie); niet meer dan lichte beperkingen in het sociaal of beroepsmatig
- 71 functioneren op school (bijvoorbeeld tijdelijk war achterraken met de studie)
- 70 Enkele of lichte verschijnselen (bijvoorbeeld depressieve stemming en slapeloosheid) OF
enkele problemen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school (bijvoorbeeld
af en toe spijbelen of stelen binnen het eigen gezin), maar in het algemeen vrij redelijk
- 61 functioneren, heeft enkele betekenisvolle persoonlijke contacten
- 60 **Matige verschijnselen** (bijvoorbeeld vlak affect en wijldropige spraak, af en toe
paniekaanvallen) **OF matige problemen in het sociaal of beroepsmatig**
- 51 **functioneren of op school** (bijvoorbeeld weinig vrienden, conflicten met leeftijdgenoten
of collega's).
- 50 **Ernstige verschijnselen** (bijvoorbeeld suïcidegedachten, ernstige dwangmatige rituelen,
frequent winkeldiefstallen) **OF matige problemen in het sociaal of beroepsmatig**
- 41 **functioneren of op school** (bijvoorbeeld geen vrienden, niet in staat een baan te
houden).

- 40 Enige beperkingen in de 'reality testing' of de communicatie (bijvoorbeeld de spraak is bij
tijden onlogisch, vaag of niet ter zake) OF belangrijke beperkingen op verschillende
terreinen zoals werk, school, gezins- of familierelaties, oordeelsvorming denken of
31 stemming (bijvoorbeeld depressieve man gaat vrienden uit de weg, verwaarloost gezin en
is niet in staat om te werken; kind slaat vaak kleinere kinderen in elkaar, is thuis opstandig
en mislukt op school).
- 30 Het gedrag wordt in ernstige mate beïnvloed door wanen of hallucinaties OF ernstige
beperkingen in communicatie of oordeel (bijvoorbeeld soms incoherent, grove ongepaste
21 handelingen, preoccupatie met suïcidegedachten) OF onvermogen om te functioneren op
bijna alle terreinen (bijvoorbeeld de hele dag in bed; geen werk, huis of vrienden).
- 20 **Ernstig gevaar voor zichzelf of anderen** (bijvoorbeeld suïcidepogingen zonder
duidelijke verwachting dood te zullen gaan, terugkerende gewelddadigheid, manische
opwinding) **of af en toe ernstige verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne**
10 (bijvoorbeeld faeces smeren) **of grove beperkingen in de communicatie** (bijvoorbeeld
in hoge mate incoherent of mutistisch).
- 10 Voortdurend ernstig gevaar voor zichzelf of anderen (bijvoorbeeld terugkerende
gewelddadigheid) OF voortdurend niet in staat tot een minimale persoonlijke hygiëne OF
1 ernstige suïcidepoging met de duidelijke verwachting door te zullen gaan.
- 0 Onvoldoende informatie

Trefwoordenregister

3

37/39 Sr. maatregel.....162

A

aanbevelingen..... 19, 20, 59, 60, 109, 161, 163, 164, 168, 172, 176
aansluitende voorzieningen.....17
aansluitende zorg 17, 38, 41, 51, 57, 64, 66, 69, 108, 109, 155, 167, 169, 172, 175, 178
aansluiting13, 15, 25, 41, 47, 50, 52, 54, 56, 65, 69, 131, 152, 153, 154, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 187, 218
abolitionistische bewegingen.....27
ACT15, 192
activering22
agressieregulatieproblematiek.....125, 130, 165, 177
algemene psychiatrie..... 14, 17, 21, 22, 25, 31, 33, 35, 46, 62, 63, 64, 66, 68, 98, 102, 151, 152, 153, 154, 168, 170
alternatieve sancties29, 30
ambulante dwangbehandeling.....68
ambulantisering..... 15, 52, 114, 115, 161, 172
angermanagement programma132
Anti Psychiatrie24
antidepressivum24
antipsychiatrie43, 152, 172
antipsychoticum.....24
antipsychotische medicatie65, 109, 110, 134
APZ's60, 68
art. 37-maatregel124
As-I diagnose82, 86, 94
asielfunctie.....48, 172, 173
asiels.....23, 24, 45
As-II diagnose82, 83
autonome hulpvraag160
autonomie..... 25, 46, 60, 68, 76, 137, 152
autonoom individu15, 153

B

B)IBA38
basale zorg40, 175
basiszorg.....39, 41, 48, 137

Beginselen wet verpleging TBS-gestelden	164
begrenzing	14, 40, 50, 53, 56, 117, 118, 152, 153, 160, 161, 163, 166, 167, 169, 170, 176, 177, 222
behandelen in detentie	40, 164, 170
behandelingsprogramma's in detentie	132
behandelinterventies gericht op recidivevermindering	128
behandelinterventies tijdens detentie	125
behandelkaders	118, 119, 120, 151, 161, 162, 164, 170, 176, 178, 222
behandelmaatregelen	29
benzodiazepinen	24, 95
bestwil criterium	60
bevoogding	15, 25, 119
BIG	128, 136, 137, 164
bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel	119
BOPZ	15, 25, 53, 64, 67, 68, 110, 111, 112, 114, 118, 120, 123, 124, 161, 163, 170, 176, 192
Burgerlijk Wetboek	32
BZA	38, 39, 48, 63, 65, 69, 192

C

cellulaire stelsel	27, 28
circuitvorming	49, 57, 108
Code Pénal	26
cognitief gedragstherapeutische programma's	131
cognitief therapeutisch	133
commissie Houtman	55, 57, 121, 168
comorbide alcohol/middelmisbruik	110
complementair justitieel forensisch psychiatrisch circuit	55
constructvaliditeit	83
continuïteit van zorg	16, 17, 46, 64, 66, 68, 69, 134, 151, 169, 172, 175
criminele antropologie	34
criminogene tekorten	135, 165
custodiale	22, 25, 35, 61
custodiale functie	22, 35, 61

D

daad	35, 50, 53, 123, 173
dader	31, 34, 50, 53, 129, 133, 134, 173
dak- en thuislozen	51, 62
dehospitalisatie	134
delictplegers met een psychiatrische achtergrond	50

deprivatie	99, 158
destigmatisering	15, 16
detentiecarrières	56
detentiefasering	28
detentieklimaat	101, 126
detentiemilieu	136, 221
disciplinerig	27, 50
districts-)psychiaters	36
dolhuizen	22
door- en uitstroompatronen	107
doorstroming	16, 44, 45, 48, 49, 54, 55, 57, 113, 114, 152, 159, 176
<i>Doorstroming</i>	159, 160
doorstroom	19, 35, 38, 49, 57, 107, 112, 113, 114, 118, 151, 176
Drang	136
drugsmisbruik	16, 52, 80, 99, 153, 154, 174
DSM-classificatiesysteem	23
DSM-IV AS-I problematiek	39
dubbel stigma	16
duivelse bezetenheid	22
dwang 15, 19, 25, 45, 53, 54, 57, 68, 111, 112, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 136, 145, 152, 153, 154, 161, 163, 164, 167, 168, 170, 173, 176, 178, 221, 222	
dwang en drang	19, 117, 164, 168
dwangmedicatie	15, 53, 64, 128
dwangtoepassing	14, 19, 161, 162, 221

E

empirische basis	32
equivalentiebeginsel	39, 54
ex-gedetineerden	41, 52, 54, 69, 135, 169, 189

F

FOBA	38, 40, 42, 44, 48, 63, 64, 65, 69, 109, 154, 192
forensisch psychiatrische veld	167
forensisch psychiatrische voorzieningen	15, 36, 49, 113, 159
forensische (behandel)psychiatrie	19, 21, 31, 57
forensische behandelvoorzieningen	16, 159
forensische GGZ	69, 108
forensische poliklinieken	25
Forensische Poliklinieken	16

forensische psychiatrie.....	14, 16, 18, 31, 33, 36, 45, 46, 49, 53, 57, 58, 118, 151, 153, 155, 168, 172, 173, 178, 186, 187, 188, 218
forensische voorzieningen.....	49, 56, 69, 113, 151, 159, 176
FPA's.....	16, 17, 35, 114, 152, 163
FPD.....	13, 36, 60, 67, 192, 217
FPK's.....	16, 17, 25, 35, 36, 60, 152, 163
FPN.....	108, 110, 111, 113, 114, 159, 176
frenologie	34
FSU.....	38, 40, 81, 192

G

gedetineerde populatie	126, 137
gedragsproblematische patiënten.....	14, 35, 159
gedragsproblematische psychisch zieke (ex)justitiabelen	57
gedragsproblematische schizofrene patiënten.....	60
gedragsproblematische, meervoudig psychiatrisch zieke patiënten	25
gedragsproblemen	14, 43, 68, 84, 95, 102, 124, 170, 177, 201
gemeenschapsregime	28
gerechtelijke psychiatrie	31
gesloten afdeling.....	63, 67, 123, 152, 162
gesloten behandeling.....	14
gesloten plaatsen	48, 60, 108
gevangeniswezen.....	13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 28, 29, 33, 36, 39, 40, 43, 44, 48, 49, 51, 54, 55, 56, 57, 63, 64, 65, 68, 69, 81, 108, 109, 113, 126, 127, 129, 134, 136, 151, 159, 173, 185, 186, 187, 188
gewelddelicten	109, 130, 134
GGZ.....	14, 16, 18, 25, 35, 38, 40, 41, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 82, 102, 107, 110, 111, 112, 114, 115, 121, 135, 137, 152, 155, 156, 158, 159, 166, 167, 168, 169, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 187, 192, 217, 221
Goldsteintrainingen.....	66
grensdiscussies	41
grensoverschrijdend gedrag.....	14, 152, 154, 161, 170
grensverkeer	49, 108, 159, 176
grensvlak.....	46

H

Haftpsychose.....	28
hersenenbeschadigingen.....	23
hoogleraarposten	37
hulpvraag.....	25, 50, 118, 120, 153, 166, 170, 172, 178
humaniteit	26, 45

I

indicatiestelling	47, 54, 55, 57, 136, 137, 153, 168
individualisering	40, 152
inkeer	27, 28, 33
inkoop	153, 159, 169, 174
inspectie	33, 49, 163, 173
Inspectie Geestelijke Gezondheids Zorg	14
inspectie voor de geestelijke gezondheidszorg	151, 163, 173
interne consistentie	83
interne rechtspositie	152
interrater validiteit	83
ISD-maatregel	131, 162

J

juridische grondslag	126
justitieel psychiatrisch behandelcircuit	49
justitieel psychiatrisch systeem	25
justitieel zorgkader	16

K

krankzinnigenwet van 1886	28, 173
Krankzinnigenwet van 1886	32, 33
Krankzinnigenwetten	23
kuren	23
kwaliteit van leven	14, 17, 18, 20, 21, 58, 79, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 151, 156, 157, 158, 167, 168, 170, 172, 175, 178, 194, 195, 199, 222

L

lacunes in de zorgvoorzieningen	108
langdurige verblijfs capaciteit	48
langgestraften	43
leedtoevoeging	51, 100
legaliteit	26
legitimatie van de detentie	27
longitudinaal perspectief	56
longstay	35, 114

M

maatschappelijk werkers.....	27, 38, 69
maatschappelijke legitimatie.....	167
maatschappelijke opvang.....	15, 16, 160, 176
maatschappelijke veiligheid.....	16, 35, 49, 52, 53, 57, 118, 151, 155, 161, 162, 167, 169, 170, 171, 173, 177, 178, 222
Medicamenteuze behandeling.....	132, 134
medisch model.....	15
medisch noodzakelijke zorg.....	49, 120
MFE's.....	68
middelemisbruik.....	86, 94, 100, 101, 102, 109, 112, 113, 156, 158, 159
Ministerie van VWS.....	14, 153
ministeriële verantwoordelijkheid.....	153
MMD-ers.....	38
moral treatment.....	22, 24
motie Van de Beeten.....	50
motivatie.....	31, 53, 102, 120, 131, 136, 137, 158, 162, 164, 169
Motivatie.....	136

N

Nederlandse sanctiestelsel.....	18, 21, 26, 172
neurasthenie.....	23
Neurosyphilis.....	24
new chronics.....	15
NIFP.....	13, 36, 38, 39, 41, 60, 65, 69, 137, 192, 217, 219
NIFP-psychiater.....	44

O

omgevingsdimensie scores.....	99
onafhankelijke indicatiestelling.....	49, 55
onderzoeksdesign.....	81, 101
onderzoeksvragen.....	17, 20, 153, 155, 172
ontoerekeningsvatbaar.....	33, 119, 123
ontworteling.....	62
overplaatsingen.....	46, 55, 108, 109, 159, 173, 176

P

P.I.....	13, 19, 29, 31, 36, 38, 40, 43, 44, 48, 54, 57, 63, 64, 109, 151, 154, 159, 174, 176, 217, 219, 221
passende interventie.....	50

paternalisme	56, 76, 117, 152, 154, 166, 170, 221, 222
patiëntencarrières	56
patiëntenstromen	108
PBW	43, 49, 112, 113, 127, 128, 192
penitentiair psychiatrisch ziekenhuis	40, 69
penitentiaire beginselenwet	67, 127
penitentiaire gezondheidszorgvoorzieningen	64
penitentiaire inrichting	13, 18, 42, 44, 46, 55, 61, 64, 66, 67, 81, 83, 101, 113, 121, 127, 136, 137, 173
Penitentiaire Inrichting	63, 147, 159, 192
penitentiaire inrichtingswerkers	63
penitentiaire programma	67, 163
penitentiaire psychiatrie	19, 36, 57
penitentiaire psychiatrische zorg	17, 18, 56, 125
penitentiaire zorg	41, 126
penitentiaire zorgcentra	41, 57
penitentiaire zorgsysteem	108
persoonlijheidsproblematiek	62, 111, 112, 113, 114, 154, 158, 159
Persoonlijheidsproblematiek	111
persoonlijkheidstoornissen	39
PMO	36, 38, 51, 65, 127, 128, 137, 165, 192
polymorbiditeit	136
premoderne stelsel	26
prevalentie	13, 29, 36, 39, 42, 59, 60, 62, 68, 80, 84, 98, 99, 106, 127, 153, 154, 156
prevalentie onderzoeken	14
Prevalentiecijfers	126
prevalentie-onderzoek	13
Pro Justitia rapportage	13
progressieve stelsel	28
proportionaliteit	26
PSC	38, 44, 192
psychasthenie	23
psychiatrische gestichten	33, 45, 151
psychiatrische ziekenhuizen	14, 16, 25, 35, 45, 80
psychiatrische zorg in detentie	42
psychisch gestoorde gedetineerden	13, 77, 169, 186, 187
Psycho Medisch Overleg	65, 127, 192
psycho-analyse	23, 24
psycho-educatie	134, 175
Psycho-educatie	40, 66
psychofarmaca	24, 35, 132

Psychopathenwetten	28
psychopathologie in gevangenispopulaties	80
psychopathologische factoren	100
psychotherapeuten	23
psychotherapeutische behandelvormen	35
psychotherapeutische interventies	45
Psychotherapeutische interventies	45
psychotische problematiek	65, 113, 114, 130, 134, 159
psychotische stoornissen	23, 35, 55, 59, 60, 62, 68, 69, 98, 101, 120, 126, 134, 135, 155, 157, 175

Q

Quakersbeweging	27
<i>Quality of life</i>	21, 58, 103, 104, 105, 106, 187

R

Raad voor de Strafrecht toepassing en Jeugdbescherming	54
rationele strafstelsel	26
recht op behandeling	42, 127
rechtspositie	15, 25, 26, 114, 154, 161
recidivebeperking	135, 136, 137
recidivecijfers	33, 51, 125, 129, 157, 177
recidivepreventie	50, 121, 122, 161, 162, 163, 164, 166, 169, 170, 177
recidivevermindering	18, 19, 54, 126, 129, 131, 134, 135, 136, 137, 155, 161, 164, 165
reclassering	19, 32, 34, 36, 37, 38, 45, 53, 65, 66, 69, 109, 110, 111, 119, 127, 136, 166, 173
referentiegroep	81, 82, 84, 86, 90, 91, 98, 100, 101, 157, 167, 175
referentiegroepen	79, 80, 81, 82, 84, 90, 92, 93, 98, 156, 175
regie	19, 36, 55, 57, 137, 153, 176, 177
regionale GGZ-instellingen	14, 69, 155
regionalisering	15, 114, 152, 172
reguliere GGZ	15, 38, 55, 60, 69, 108, 110, 155, 170
reguliere zorgvoorzieningen	17, 57, 107
reïntegratie	67, 128, 129
resocialisatie	27, 29, 31, 34, 37, 43, 53
resocialisatiedoelstelling	29, 135
risicotaxatie	14, 37, 185
Risicotaxatie	136, 145, 146
RSJ	54, 55, 56, 192

S

samenhang.....	17, 19, 42, 50, 100, 107, 120, 123, 125, 132, 154, 159, 160, 168, 170
samenhang van voorzieningen	19, 160, 168
samenhangend stelsel.....	42
sanctiestelsel voor jeugdigen	28
schavotstelsel.....	26
schizofrenie	23, 35, 39, 60, 61, 66, 75, 106, 109, 120, 134, 154, 158, 174
Schizofrenie	18, 59, 106, 154
seksueel delict	130
shocktherapie	24
Spin- en Rasphuizen	31
stabilisatie	40, 41, 43, 69, 154, 157, 168, 175
STATISTISCHE ANALYSE	84
stemmingsstabilisator	24
strafrechtelijke kaders voor behandeling	18, 117
strafrechter	13, 18, 19, 32, 33, 51, 113, 120, 122, 124, 129, 151, 160, 163, 167, 168, 170, 178
structurering.....	40, 99, 119, 161
structuur	16, 40, 50, 53, 63, 64, 66, 69, 82, 101, 154, 157, 158, 166, 167, 170, 174, 175, 177
supportief bejegeningklimaat	40
syfilis.....	23

T

TBS	14, 16, 17, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 45, 48, 49, 56, 60, 75, 76, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 130, 131, 137, 147, 148, 152, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 169, 171, 176, 178, 186, 187, 188, 192
TBS met voorwaarden	119, 121, 122, 162
TBS-klinieken.....	16, 36, 42, 43, 56, 121
Terugdringen Recidive	165
toename van het aantal psychiatrisch zieke gedetineerden	17
toerekeningsvatbaarheid.....	13, 123
TR	19, 103, 165
TR, Terugdringen Recidive	19
transparantie	26
trias politica	26

U

uitkomstmaat	58, 80
uitstroom	16, 35, 40, 45, 49, 57, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 118, 159, 176

V

VBA	38, 131, 193
verbetergedachte	27, 29, 53, 57, 173
verbeterings/resocialisatiegedachte	27
verblijfplaatsen	114, 118
vergelding	31, 34, 50, 52, 126, 135
verkommerden en verloederden	25
Verlichting	26
vermaatschappelijking	52, 114
Vernieuwing Forensisch Zorg	168
Vernieuwing Forensische Zorg	41, 54
Verplichte geestelijke gezondheidszorg	164
verslaafde gedetineerden	38, 125, 130, 165
verslavingsproblematiek	29, 38, 39, 114, 154, 156, 172
verslavingszorg	38, 41, 55, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 152, 154, 160, 166, 168, 169, 170
versnippering	46, 49, 52
Verstandelijk gehandicaptenzorg	41
verstandelijke gehandicaptenzorg	152, 160
vervolgonderzoek	168
vervolgzorg	41, 64, 112, 169
verzorgingsfunctie	22
Voorwaardelijke invrijheidstelling	34
voorwaardelijke strafrechtelijke kaders	29
voorwaardelijke veroordeling	34, 48
voorzieningsgerichte sturingsystematiek	46

W

wet op de forensische zorg	41, 167
Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg	41
WGBO	15, 25, 48, 64, 118, 128, 136, 137, 164, 193
WHO	23, 58, 103, 106, 193
WHOQOL-bref	79, 82, 105, 191, 194

Z

zelfbeschikkingsideaal	52
ziektebesef	62, 68, 154, 162, 174
ziekteconcept	24
zorg- en beveiligingsniveau	107
zorg- en structuurbehoefte	107, 114

zorg in detentie.....	16, 18, 19, 21, 37, 38, 39, 40, 42, 54, 57, 153, 154, 164, 170, 172, 174, 177
zorgcellen	38, 41, 174
zorginterventies	50, 51, 52, 53, 164
zorgplicht	42, 68, 127, 154, 168, 169, 170, 174, 222
zorgvernieuwing	49
zorgwekkende zorgmijders	15, 51, 56

***Personenregister van geciteerde personen* NEDERLANDSE JURISPRUDENTIE**

Antonius Mattheus 1644.....	32
Baan.....	34, 36, 192
Batty.....	22
Chiarussi	22
Coornhert	31
Foucault	24, 27, 186
Frederik van Eeden	23
Freud.....	23
Goffman	24
Hamel	34, 36
Jan Wier	32
Jelgersma	23
Kaasjager	48
Kempe	34, 36
Kraepelin	23
Laing.....	24
Lombroso	33
Lucier.....	15, 69, 187
Pinel.....	22
Pompe.....	34, 36
Schroeder van der Kolk	22
Szasz	24, 188
Van Veldhuizen	15, 60, 124

Curriculum Vitae auteur

Geboren in Rotterdam op 08.07.1960 wordt de kleuter-, lagere school en brugklas doorgebracht in Beverwijk.

Op het Wagenings Lyceum werd in juni '78 de atheneum B opleiding afgerond.

Gedurende twee jaar ben ik uitgeloot voor geneeskunde in welke jaren achtereenvolgens de gecombineerde studies psychologie en filosofie werden gevolgd en het tweede jaar psychologie en het eerste jaar van de academie voor natuurgeneeskunde in Hilversum.

Van '80 tot en met '87 volgde de studie geneeskunde in Utrecht. In de avonduren werden een aantal inleidende vakken bij de juridische faculteit gevolgd.

Van juli '87 tot en met 01.09.1989 waren er AGNIO-posten op een polikliniek en opnameafdelingen van achtereenvolgens het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Groot Gaffel in Warnsveld en Veldwijk in Ermelo.

Van '89 tot en met '93 werd de opleiding tot psychiater gedaan in Den Bosch met Wil Buijs als opleidster.

Na de afronding van de opleiding volgde 50% dienstverbanden bij de toenmalige DPD, voorganger van het huidige NIFP, en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Coudewater in Rosmalen, dat nu is opgegaan in de GGZ Oost-Brabant. In Coudewater had ik de leiding over de afdelingen voor voortgezette klinische behandeling voor met name psychotische patiënten met probleemgedrag. Bij de DPD zag ik vergelijkbare patiënten in P.I. Vught en voor de rechtbank.

In '99 nam ik ontslag van Coudewater en ging gedurende twee jaar drie dagdelen werkzaamheden verrichten voor de forensische polikliniek KAIROS in Nijmegen. Gedurende de periode 2001-2003 was ik waarnemend leidinggevende van de DPD Maastricht naast mijn dienstverband bij de DPD Den Bosch.

Vanaf 2002 was er een fulltime dienstverband met de Forensisch Psychiatrische Dienst, de FPD, de eerdere DPD, als hoofd in het arrondissement Den Bosch en vanaf 2003 ook gedurende tweeënhalfjaar als waarnemend hoofd voor de diensten Breda/Middelburg.

De laatste jaren, na de fusie van de FPD met het PBC tot het NIFP, bleef ik hoofd van het arrondissement Den Bosch en werd daarnaast lid van de landelijke commissies zorg (in detentie) en maatregel en advies (met betrekking tot tbs-beslissingen) van de nieuwe NIFP organisatie.

Daarnaast waren er rollen in de media, het voorzitterschap van de commissie die het eerste forensisch formularium opstelde, voorzitterschap van een landelijke commissie ter inventarisatie en kwantificering van de psychiatrische problematiek in de penitentiaire inrichtingen, jeugdinrichtingen en het tbs-veld. Ook was er betrokkenheid

bij het ontwerp van een indicatiestellingmechanisme ten bate van de forensische psychiatrie, en het lidmaatschap van de klankbordgroep voor nieuwe wetgeving ten aanzien van de forensische zorg.

Daarnaast was er participatie in een werkgroep ter advisering van de Roemeense collegae en regering met betrekking tot de forensische psychiatrische zorg in dat land, samenhangend met de aansluiting bij de Europese Unie.

Tenslotte zijn er met enige regelmaat optredens als spreker op congressen of als cursusgever rondom forensisch psychiatrische themata.

Dankwoord

Een proefschrift is niet alleen de uitkomst van de inspanningen van de promovendus. Velen ben ik dank verschuldigd voor hun werk, ondersteuning of bemoediging.

Allereerst mijn vrouw Nicole die mij vanaf het begin heeft aangespoord en ondersteund om een promotie op te pakken en door te zetten, omdat zij wetenschappelijk werk en een promotie “gewoon bij mij vond passen”. Onvermijdelijk gaf het ook wel enige druk op andere aspecten van het gezinsleven.

Erik Bulten wil ik danken omdat hij mij als eerste betrok bij het schrijven van een artikel en mij zo wegwijs maakte in de wereld van publicaties en wetenschap. Peter van Panhuis, die zowel in de rol van mijn leidinggevende als nu van copromotor, mij altijd prikkelde om te schrijven en net als hij ooit te promoveren op een forensisch onderwerp. Karel Oei, mijn promotor, omdat hij mij een scenario wees om een promotie te kunnen combineren met de reguliere werkzaamheden voor het NIFP, de steun gedurende het traject, het onderstrepen van het belang van vormaspecten en het benadrukken van het vertrouwen op de eigen visies en kunnen. Anneline Eijsermans voor de ondersteuning bij de opmaak en bewerking van de tekst en alles wat met computers te maken heeft.

Mijn werkgever, het NIFP, voor het gedurende langere tijd beschikbaar stellen van een dagdeel per week om aan deze promotie te werken en voor een financiële bijdrage ten bate van de kosten van deze promotie.

Erik Masthoff en Jolande de Vries wil ik danken voor het inwijden in de wereld van de verschillende vormen van validiteit, de statistiek en het zuiver wetenschappelijke taalgebruik.

De medeauteurs van het eerste, tweede en vijfde artikel voor het samen worstelen met de teksten. Ton Bierens voor de ondersteuning bij de dataverzameling voor het derde artikel, en ook al degenen in de verschillende settingen die daarvoor de data hebben aangeleverd. De medewerkers en gedetineerden van de P.I. Vught die hebben gefaciliteerd respectievelijk geparticipeerd in het Kwaliteit van leven onderzoek in de periode november 2006 tot en maart 2007.

Daan Daniëls, Erik Bulten en Fons Trompenaars voor het kritisch doorlezen van (delen van) het manuscript in wording. Marjolein van Casteren voor de eindredactie van de summary, en Tale Evenhuis voor de ondersteuning bij het zoeken naar de benodigde literatuur.

Allen die mij gedurende het traject hebben aangespoord vooral door te zetten en bemoedigen.

De redactie van de verschillende tijdschriften voor hun kritische commentaren en het meedenken bij verbeteringen. In het bijzonder geldt dit voor prof. Vegter als redacteur van Sancties bij het vierde artikel.

Tenslotte aan het einde van de rit de leden van de promotiecommissie prof. W. van Tilburg, prof. J. de Vries, dr. J.A.C. Bleeker en prof. M.S. Groenhuijsen voor hun kritische noten en hun rol bij de openbare verdediging.

Stellingen

Het detentiemilieu is ondanks een klimaat gericht op beheersing en de primaire doelstelling van de P.I. tot ten uitvoerlegging van straf voor veel patiënten een voldoende adequate behandelomgeving (dit proefschrift).

De legitimatie van langerdurende en meer intrusieve vormen van dwangtoepassing in onze maatschappij ligt vrijwel alleen nog in (dreigend) strafrechterlijk verwijtbaar gedrag (dit proefschrift).

De in onze samenleving vaak vereiste strafrechterlijke legitimatie voor gedwongen zorg maakt dat het justitieveld patiënten die dergelijke zorg langdurig of episodisch nodig hebben tot haar verantwoordelijkheid moet rekenen en haar voorzieningen hierop moet inrichten (dit proefschrift).

De maatschappelijke en wetenschappelijke ontkenning van de ernst en de mate van chroniciteit van veel psychiatrische stoornissen is mede verantwoordelijk voor de doorgesloten afbouw van gesloten verblijfsvoorzieningen voor psychiatrische patiënten en de daarmee gepaard gaande uitstoot van deze patiëntengroepen uit de algemene GGZ (dit proefschrift).

Gezien de hoge prevalentiecijfers van psychopathologie in detentie en het grote belang van adequate forensische zorg voor DJI en het ministerie van Justitie is het merkwaardig dat op departementniveau een directeur zorg met een inhoudelijke achtergrond, naar analogie van de behandeldirecteur in grote zorginstellingen, ontbreekt.

Het taboe op dwang en paternalisme in de reguliere zorg leidt voor de in dit proefschrift besproken patiëntengroepen tot laat komen met effectieve interventies en daardoor uiteindelijk voor bepaalde groepen tot meer, stigmatiserender en ernstiger dwangopleggingen (dit proefschrift).

De discussie over de waarden die ten grondslag liggen aan zorg in een justitieel kader is een permanente. Hier botsen humanitaire waarden, maatschappelijke veiligheid, het recht op een nieuwe kans en de zorgplicht van de maatschappij bij ziekte en verloedering.

De beeldvorming van de psychiatrische zorg is gevoelig voor de actualiteit en de waan van de dag waardoor zowel de publieke opinie als het overheidsbeleid aan golfbewegingen onderhevig is.

Gezien de vergelijkbare vermindering van Kwaliteit van leven bij DSM –IV As-I en As-II pathologie wordt de impact van (cluster B) persoonlijkheidspathologie door de huidige generatie behandelaren onvoldoende recht gedaan (dit proefschrift).

Bij de maatregel van plaatsing in een psychiatrische inrichting conform artikel 37 strafrecht zou het vereiste van volledige ontoerekeningsvatbaarheid moeten worden vervangen door het criterium dat er bij het delict een substantieel verband is met de psychiatrische stoornis(dit proefschrift).

Autoriteit, begrenzing, paternalisme en dwang moeten uit de taboesfeer van de 70^{er} jaren en waar nodig met adequate rechtswaarborgen worden toegepast binnen democratische gelegitimeerde wettelijke behandelkaders.

De maakbaarheid van andermans leven en kwaliteit van leven is ook voor psychiaters beperkt.

Haperende computers zijn een belangrijke bron van stress voor hedendaagse promovendi.